

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb

Niehoff, Jens-Uwe

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Niehoff, J.-U. (2005). *Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Forschungsgruppe Public Health, 2005-305). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-193767>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Jens-Uwe Niehoff

Der Medizinische Dienst der
Krankenversicherung zwischen
Korporatismus und Wettbewerb

Oktober 2005

Bestell-Nr. SP I 2005-305

ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

In der sich vollziehenden Transformation des Systems zur Absicherung von Krankheitsrisiken in der Bundesrepublik bleibt eine Institution weitgehend ausgeklammert: der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Dieser Dienst hat die Funktion einer unabhängigen Begutachtungs- und Beratungsinstitution der Gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Seine Auftraggeber sind die einzelnen Kranken- und Pflegekassen. Deren Wettbewerb berührt auf vielfältige und widersprüchliche Weise die Aufgaben, die Arbeitsweise, die Beziehungen zu den Krankenkassen, zu den Versicherten, zu den medizinischen Dienstleistern und auch die Unabhängigkeit des MDK.

Es werden die sich derzeit vollziehenden widersprüchlichen Entwicklungen im Verhältnis von Krankenversicherung, Krankenkassen und MDK im Gefolge des Wettbewerbs der einzelnen Kassen untereinander diskutiert.

Im Ergebnis wird die Auffassung vertreten, dass der MDK als Institution der Krankenversicherung solange unverzichtbar sein wird, wie eine sozial undiskriminierte, nach Maßgabe sozialer Lebenslagen und regionaler Bedingungen allgemein zugängliche und am individuellen Bedarf orientierte Versorgung für alle Bürger unabhängig von Geschlecht, Alter, Einkommen und ethnischer Zugehörigkeit als politisches Ziel hinreichend zum Konsens geführt werden kann. Vor allem diese Ziele machen eine unabhängige Institution notwendig, die (a) in den Sachfragen der medizinischen Versorgung individueller Patienten und (b) in den Fragen der Gestaltung von effektiven, d. h. an Zielen orientierten Versorgungsstrukturen und -prozessen professionell sozialmedizinisch und gesundheitswissenschaftlich und vor allem interessenunabhängig expertisefähig ist.

Im Interesse der Mitglieder und der Versicherten müssen die Relationen zwischen den Aufgaben in der medizinischen Begutachtung bzw. Beratung einzelner Leistungsfälle und in der sozialmedizinischen Beratung der heranwachsenden und übergreifenden systembezogenen Problemstellungen für die Versicherten neu bestimmt werden. Die wichtigsten Gründe hierfür ergeben sich aus den Veränderungen der Eigentumsformen und der Eigentümerbeziehungen sowie den nachfolgenden sich neu etablierenden Interessengeflechten im Gesundheitssystem.

Hierzu bedarf es der Weiterentwicklung eines rechtlichen Ordnungsrahmens, der den MDK in seiner unabhängigen, wettbewerbsneutralen und überregionalen Arbeitsfähigkeit stärkt und ihn als eine Institution der Mitglieder der Krankenversicherung schärfer profiliert und normiert.

Abstract

In the ongoing transformation of Germany's health insurance system one institution seems to have been widely neglected: The Medical Review Board of the Statutory Health Insurance Funds (*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK*) which is jointly run by all insurance funds, including long-term care insurance providers.

The Board functions as an independent assessment and consulting agency for the insurance funds. Competition between these funds influences in various – and sometimes contradictory ways – the MDK, not only in terms of the focus and procedures of the work done by the MDK, but also in terms of how the MDK relates to the various players (the funds themselves, those insured, and medical service providers).

The author argues that the MDK as an institution is indispensable as long as a political consensus for universal coverage exists. Such coverage necessitates an independent institution of this sort in order to assess (a) issues related to the care of individual patients and (b) questions regarding the goals and effectiveness of care measures, more generally.

In the interest of the insured, the relationship between assessments at the level of patient care and those at the structural level should be newly defined. Such a redefinition is necessitated particularly by the changes in ownership structures for the funds and the associated new constellations of vested interest.

A legal framework needs to be developed to strengthen the MDK's independent, competition-neutral and cross-regional role, resulting in a clearer profile as an institution working on behalf of the insured.

Inhalt

Abstract.....	3
Inhalt	5
Vorbemerkung.....	7
1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	9
1.1 Der Konflikt zwischen den Interessen der Versicherten und der Patienten	10
1.2 Der Konflikt zwischen Krankenkassen und den Erbringern der medizinischen Sachleistung	15
2 Funktion und Aufgaben des MDK – der aktuelle Stand	16
2.1 Auftrag, Arbeitsweise und Organisationsentwicklung	16
2.2 Das Gutachten: Eigenarten und Perspektiven eines Instruments	20
2.2.1 Die Begutachtung	21
2.2.2 Die Beratung	30
3 Der MDK in der Gesetzlichen Krankenversicherung	32
3.1 Der MDK: Institution des Korporatismus oder des Wettbewerbs?	32
3.2 Der MDK: Dienstleister der Versicherten oder der Krankenkassen?	34
3.3 Zur Funktion des Kundenbegriffs im Verhältnis zwischen Kassen und MDK.....	35
3.4 Begutachtung zwischen Effektivitäts- und Effizienzsteuerung.....	39
4 Der MDK im Spannungsfeld von Krankenversicherung und medizinischen Versorgungsperspektiven	42
5 Ausblick und Optionen	44
Literaturverzeichnis.....	50

Vorbemerkung

Die Gesetzliche Krankenversicherung verändert sich seit den frühen 1990er Jahren in Folge des Wettbewerbs der Krankenkassen unter- und gegeneinander. Die Auseinandersetzung um die wechselnden Ziele, Methoden und Folgen dieses Wettbewerbs ist zwischen den Polen einer strikten Regulation und einer möglichst weitgehenden Freigabe des Wettbewerbs zu einem eigenen Konfliktfeld geworden. Von Anbeginn war offenbar gewollt, dass Korporatismus und Wettbewerb¹ zueinander in ein tief widersprüchliches Verhältnis und in wachsende Spannungen geraten würden. Der in diesem Zusammenhang geborene Begriff vom „Wettbewerbskorporatismus“ (siehe hierzu Gerlinger 2002a, b) bezeichnet weniger eine eigenständige theoretische Konzeption als die Hilflosigkeit im Umgang mit einem politischen Ziel, das nicht, wie dieser Begriff vermuten lassen könnte, auf die Versöhnung von Wettbewerb und Korporatismus, sondern programmatisch auf den Übergang von korporatistischen Strukturen in eine marktwirtschaftlichen Prinzipien unterworfenen Versorgungswelt gerichtet war.

Die in der Zwischenzeit sich verbreitende Selbstsicht der gesetzlichen Krankenkassen, in ihrer freien Entscheidung möglichst unabhängige unternehmerische Akteure zu sein², platziert die GKV auf einem nur noch mühsam mit den Instrumenten der Ordnungspolitik regulierten Anbieter- und Käufermarkt. Die Frage, ob das Handeln der Kassen gegenüber den Mitgliedern und Versicherten eine solidaritätsgemeinschaftliche und rechtfertigungspflichtige Pflicht (§ 1 SGB V) oder lediglich am Geschäftsinteresse orientierte kassenspezifische Unternehmenspolitik ist, kann längst als ein eigenständiges Analyse- und Auseinandersetzungsfeld gesehen werden.

Vor diesem Hintergrund fokussiert der Medizinische Dienst der Krankenversicherung³ als medizinischer Fachdienst, der kassenartenunabhängig, kassenunabhängig, anbieterneutral und übergreifend allein den durch das SGB V normierten Zielen der Krankenversicherung verpflichtet ist, Kernprobleme des Transformationsprozesses der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit den sich ausdifferenzierenden Wettbewerbsinteressen der Einzelkassen und ihren marktdifferentiellen Werbekampagnen und Handlungsstrategien, ist ergänzend auch die Frage zu stellen, in wie weit der wichtigste Auftrag das SGB V an alle Akteure, nämlich eine solidarisch finanzierte Krankenversorgung in der Selbstverwaltung von Arbeit und Kapital zu ermöglichen⁴, unter den Bedingungen wettbewerblich agierender Versicherungsunternehmen überhaupt erhalten bleiben kann oder soll.

¹ Auf die Vorbilder des Wettbewerbskonzepts, z. B. das von A.C. Enthoven entwickelte Regulated oder Managed Competition wird hier ebenso wenig eingegangen, wie auf seine historischen Anlässe, Rahmenbedingungen und Grenzen. Verwiesen sei z. B. auf Enthoven, A. C. "The History and Principles of Managed Competition", Health Affairs (Supplement 1993), pp. 24-48, Enthoven, A. C. America's Experience with Managed Health Care and Managed Competition – Summary of Presentation, <http://hcro.enigma.co.nz/website/index.cfm?fuseaction=articledisplay&FeatureID=102>; 20.08.2005

² Zitat aus einem (hier anonym gehaltenen) Schreiben einer Krankenkasse an ein ebenfalls anonym gehaltenes Krankenhaus aus dem Jahr 2005: „... beziehen wir uns darauf, dass es sich bei der strittigen Kostenübernahme um eine Vereinbarung zwischen freien Kaufleuten handelt.“ (!)

³ Entgegen häufig zu findenden anderslautenden und Missverständnis signalisierenden Formulierungen, ist zu unterstreichen, dass es sich um einen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung und nicht um einen der Krankenkassen handelt (vergleiche § 275 SGB V).

⁴ Jede andere Form von Krankenversorgung, so sie eben nicht solidarisch, sozial effektiv und hinreichend unabhängig von den wechselnden Haushaltslagen des Staates sein soll, kann schließlich auch durch jede andere Form einer Krankenversicherung geleistet werden. Der Ausgleich unterschiedlicher soziale Risiken im Krankheitsfall und die soziale Effektivität dieses Ausgleichs sind (wären) deshalb auch mit die wichtigsten Aspekte bei einem Qualitätsvergleich von Gesundheitssicherungssystemen.

Das entstehende Spannungsfeld zwischen den Kasseninteressen und den Versicherteninteressen sowie die Ausfüllung des unabhängigen Begutachtungs- und Beratungsauftrags des MDK führt ggf. in den Konflikt zwischen den Zielen des SGB V und den Einzelinteressen der Auftraggeber des MDK, wenn diese Ziele verfolgen oder Handlungsstrategien entwickeln, deren Folgen (gewollt oder nicht) zum gesetzlichen Auftrag im Konflikt stehen. Sind die Interessen und Handlungsweisen der Kassen mit den rechtlichen Vorgaben kongruent, laufen auch die Arbeitsbeziehungen zum MDK gleichsam unter normaler Betriebsspannung, stehen sie im Widerspruch, wäre zu fragen, über welche „Erdungen“ die Spannungen entladen werden. Zwei „Erdungen“ stehen notfalls zur Auswahl, die Patientenversorgung und/oder der Begutachtungsdienst der Krankenversicherung.

Nachfolgend wird versucht, diese

- Spannungsfelder zu charakterisieren und
- mögliche Konsequenzen für die Zukunft zu benennen.

1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung

In allen Gesundheitssystemen stellt sich die Frage, wie Ansprüche auf medizinische Leistungen inhaltlich begründet und ihre Gewährung überwacht werden kann. Die legislative Normensetzung, vorbereitet durch eigens geschaffene Behörden sowie privatrechtliche Vereinbarungen sind die einzigen nennenswerten Alternativen zu dem korporatistischen System der Bundesrepublik.

Jedes dieser wesentlichen Systemtypen (staatlich, privatrechtlich, korporatistisch) kennt eigene und spezifische Konflikte. In staatlichen, bzw. steuerfinanzierten Systemen werden die Auseinandersetzungen von der Bedarfssteuerung und dem vorbereitenden Planungsprozedere bestimmt. In privatvertraglich begründeten Systemen fokussiert die mangelnde soziale Effektivität und geringe makroökonomische Effizienz die Konflikte. Allerdings werden bei letzteren die Reibungsflächen unter der Vorstellung der Freiheit der Vertragspartner (also der Käufer eines Versicherungsvertrages und der Vertragsanbieter, bzw. der Verkäufer eines Vertrages) durch die Politik weniger wahrgenommen, solange der öffentliche Frieden oder andere übergeordnete Staatsziele nicht betroffen sind. Da das Marktversagen privater Absicherungen der medizinischen Versorgung die Öffentlichkeit vor die Frage stellt, dieses Versagen aus Steuermitteln zu kompensieren, also öffentliche Gelder zum Ausgleich der sozialen Effektivitätsdefizite und der wirtschaftlichen Effizienzprobleme des privaten Regulationsmodells einzusetzen, ähneln sich die Konflikte bei den staatlichen und den privaten Sicherungsmodellen zumindest partiell.

Beide der vorstehenden Modelle spielen bislang in der Bundesrepublik keine wesentliche Rolle. Das korporatistische Modell ist systembestimmend und hat den Akteuren bei der Absicherung von Krankheitsrisiken und bei der Gewährung von Leistungen zugleich auch die Ausgestaltung dieses Systems in Selbstverwaltung übertragen. Wie jede andere Konstruktion solcher Sicherungen steht auch dieses im Dauerkonflikt zu

- den individuell variierenden Bedürfnissen der Nutzer
- den Interessen der systeminternen Akteure und
- anderen als gesundheits- oder versorgungspolitischen Zielen, z. B. wirtschaftlichen.

Der MDK ist im Jahr 1989 in der Nachfolge zum Vertrauensärztlichen Dienst⁵ und ausgestattet mit neuen Aufgaben als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts als eine Institution der Gesetzlichen Krankenversicherung unter der Aufsicht der Länder und der föderalen Gliederung folgend, etabliert worden. Im Zuge des Aufbaus analoger Strukturen in den neuen Bundesländern wurden die regionalen MDK hingegen als eingetragene Vereine mit angestellten Ärzten begründet.

Die gesundheitspolitische Leitidee für den MDK bestand in der Bereitstellung eines eigenen medizinischen Sachverständes an der Seite der Krankenversicherung bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben, bzw. bei der Bewältigung systemimmanenter Konflikte.

Zwei der vielfältigen Reibungsflächen sollen nachfolgend am Beispiel des MDK herausgegriffen und diskutiert werden. Das sind die auf den MDK rückwirkenden Interessenkonflikte

⁵ 1930 auf der Grundlage einer Notverordnung gegründet, wurde der VdD durch die nationalsozialistische Gesetzgebung in eine unselbständige Abteilung der Landesversicherungsanstalten überführt. Eine Ausnahme bildete Berlin, wo der VdD als eine selbständige Abteilung an die AOK angegliedert war.

- a) zwischen Versicherteninteressen und Patientenbedürfnissen und
- b) zwischen den Leistungsträgern und den medizinischen Dienstleistern.

1.1 Der Konflikt zwischen den Interessen der Versicherten und der Patienten

Der Konflikt zwischen Versicherten- und Patienteninteressen ist der Konflikt zwischen denen, die das System finanzieren und denen, die es nutzen. Es handelt sich also um einen Konflikt zwischen Finanzierung und Nutzung. Die jeweiligen Interessen vermögen wechselnde Koalitionen mal mit den Leistungsträgern (nach § 12 SGB I), mal mit dem Erbringer der Leistung einzugehen. Folgerichtig reklamieren beide, also Versicherung und Dienstleister für sich, die geborenen Interessenvertreter jeweils der Versicherten oder der Patienten zu sein. In der Konfrontation von Kassen und Dienstleistungsseite (üblicherweise auch Leistungserbringer genannt) erleben sich die Betroffenen jeweils in ihrer Rolle als Versicherte oder als Patienten und werden entsprechend unterschiedlich wahrgenommen und vertreten. Die hier möglichen Konflikte werden ggf. auch instrumentalisiert. Hierbei wird leicht der an beide Akteure gerichtete Auftrag, das SGB V gemeinsam durchzuführen, übersehen.

Der Wunsch nach niedrigen Beiträgen bei den Versicherten und zugleich besten Leistungen im Bedarfsfall, dann also, wenn Versicherte (in der Regel vorübergehend) Patienten sind, ist nicht allein potenzielle Konfliktfläche unter den Versicherten, sondern auch innerhalb der Motivlagen einer einzelnen Person, wenn diese als Versicherte andere Interessen hat als in der Patientenrolle. Dieser Konflikt muss immer wieder neu aufgelöst werden. Dies kann nur durch übergeordnete Interessen gelingen. Hierbei erweisen sich Leitideen, wie Gerechtigkeit, Solidarprinzip, Chancengleichheit usw., als bislang bewährte Plattformen des Konsenses, ebenso wie Gegner des Systems an der Beständigkeit dieser Leitideen gern öffentlich zweifeln. Gehen diese übergeordneten Ziele, aus welchen Gründen auch immer, verloren, müssen sich Versicherte und Patienten zwangsläufig als Gegner wahrnehmen.

Was der MDK ist, kann auch bei einheitlichem Sozialrecht (hier vor allem gemäß SGB V und XI) auf sehr verschiedene Weise interpretiert werden. Jede dieser Beschreibungen führt in eigene Problem- und Konfliktfelder. Der MDK ist danach

- Begutachtungsdienst für den nach Maßgabe des Notwendigen, des Erforderlichen und Wirtschaftlichen berechtigten Anspruch der Mitglieder und der Versicherten an die GKV (§ 12 SGB V)
- Begutachtungsdienst der Pflegekassen zur Empfehlung von Leistungen (SGB XI)
- Fachdienst zur Qualitätsprüfung und -sicherung von Pflegeeinrichtungen
- Prüfdienst korrekter Abrechnungen in der stationären Versorgung
- (in einigen Regionen) Beratungsdienst zu Fragen rationaler Arzneimittelverordnung
- (in einigen Regionen) medizinischer Sachverstand in einem vom Versicherungsinteresse geleiteten Case Management
- Berater der Kassen in Vertrags- und Strukturfragen medizinischer Versorgung
- gemeinsamer Dienstleister für ansonsten konkurrierende Krankenkassen
- Berater von Versicherten
- am Kunden-(Kassen-)Interesse orientiertes Dienstleistungsunternehmen und

- Auftragnehmer für die Bearbeitung von Kundenaufträgen seitens der Gesetzlichen Krankenkassen⁶.

Die Ausdeutung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgt auch bei nach § 275 SGB V und §§ 18, 112, 114 und 115 SGB XI eindeutiger rechtlicher Bestimmung durchaus differenziert und in der Praxis regional verschieden:

„Im föderativ und wettbewerblich organisierten System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist, wie auch in der Pflegeversicherung, für jeden Versicherten zu gewährleisten, dass ihm bundesweit – unabhängig von seinem Wohnort und unabhängig von seiner gewählten Kasse – die gleiche Leistung garantiert ist. Die maßgebliche Mitwirkung an der Sicherung dieser – auch im weltweiten Vergleich – bemerkenswerten sozialpolitischen Errungenschaft ist Kernaufgabe des MDK.

Die allseits sorgsam gehütete gutachterliche Unabhängigkeit des MDK und seine Ausnahmestellung als gemeinsames Unternehmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (Hervorhebung durch den Verfasser) sind Grundvoraussetzungen zur Erfüllung dieser Aufgabe.“ (Matthesius 2004)

Hier wird eindeutig der Anspruch des MDK formuliert, eine eigenständige Funktion bei der Umsetzung der Ziele des „German Models“ zu haben, eine Funktion, die sich vor allem am Ziel der solidarischen Krankenversicherung (§ 1 SGB V) orientiert.

Wie wichtig eine über die Gesetzestexte hinausreichende Verständigung zu den Funktionen des MDK ist, wurde 1999 spannungsreich thematisiert. In einem Positionspapier des „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ wurde im Ergebnis komplexer Diskussionen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen schließlich konsentiert:

„Der MDK ist Teil der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist den Aufgaben und Zielen der GKV verpflichtet und erfüllt seine Aufgaben in Übereinstimmung mit ihnen.

Der Medizinische Dienst hat im Verhältnis zur Krankenversicherung – ebenso wie die Krankenversicherung im Verhältnis zu den Versicherten – die Funktion eines Dienstleisters.

Der MDK ist in seiner medizinisch-fachlichen Bewertung unabhängig und frei von Anbieterinteressen. (...) Diese anbieterneutrale und medizinisch-fachliche Unabhängigkeit ist Grundlage für die Aufgabenwahrnehmung des Medizinischen Dienstes innerhalb und außerhalb der GKV. Dies stellt den MDK aber nicht davon frei, als Teil der GKV deren Gesamtinteresse bei seiner Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen. Insoweit bedeutet Unabhängigkeit des MDK Unabhängigkeit in der medizinisch-fachlichen Bewertung, nicht Unabhängigkeit von der Krankenversicherung.“⁷

Allerdings gibt es offensichtlich Anlässe, diese Grundsatzposition fortgesetzt zu reflektieren:

„Zu beobachten ist allerdings, dass die Politik seit Jahren den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander verschärft. Auf den MDK wirkt sich das fundamental aus, weil wir als Ar-

⁶ Nach mündlichen Mitteilungen übernehmen in der Zwischenzeit einige MDK auch Aufträge für die private Krankenversicherung. Möglicherweise wird dies von den Krankenkassen toleriert, ggf. auch unterstützt, weil sie (politischem Willen folgend) zunehmend selbst Kooperationen mit privaten Versicherungsanbietern entwickeln.

⁷ „Positionspapier zu Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes im Verhältnis zu seinen Trägern“, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen 1999

*beitsgemeinschaft der GKV auf den Grundkonsens unserer Träger zu unserer Entwicklung angewiesen sind.*⁸

Es ist zumindest einsichtig, dass es vor dem Hintergrund des deutschen Krankenversicherungsmodells zwingend eines Mechanismus bedarf, der sicherstellt:

1. den Schutz der Mitglieder- und der Versicherteninteressen vor jeglichen erwerbswirtschaftlichen Unternehmens- oder sonstigen Interessen (Macht, Einfluss, Marktbeherrschung usw.), die sich an anderen als den Zielen des SGB V orientieren,
2. die Unabhängigkeit der direkten Leistungserbringung am Patienten von merkantilen Interessen und Zwängen,
3. die Bedarfsorientierung der Inanspruchnahme von Leistungen auf der Grundlage des gesetzlichen Leistungsrahmens als dem wichtigsten Mechanismus zur Regulation der potenziellen Interessengegensätze zwischen Versicherten und Patienten,
4. den Schutz des Patienten vor Versicherungsinteressen (z. B. durch das Verbot von Risiko-selektionen, die Garantie freier Arztwahl oder das Verbot eigener medizinischer Versorgungsangebote durch die Versicherungen oder das des Verbotes von Kooperationen mit wirtschaftlichen Akteuren, die andere Ziele als die des Sozialrechts verfolgen).

Die Vielgestaltigkeit der Konfliktflächen zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Beziehungen zwischen Kassen und MDK soll und kann hier nicht nachgezeichnet werden. Ein Grund besteht darin, dass diese sich verständlicher Weise einer systematischen empirischen Beschreibung entziehen. Weder die Krankenkassen, noch die regionalen MDK können vor dem Hintergrund von Wettbewerbsinteressen und bestehenden Abhängigkeiten bereit sein, ihre Geschäftspolitiken und -praktiken öffentlich dargestellt zu finden. Hieraus ergeben sich nachfolgend Schwierigkeiten der Gestalt, dass die Argumentationen eher begrenzt empirisch untersetzt werden können.

Im Falle der Risikoabsicherung von Krankheit und Krankheitsfolgen geht es immer auch um die Konstruktion sozialetischer Wertebilder, um die Darstellung (nicht zuletzt makroökonomischer) Gesamtinteressen und die konkrete institutionelle Ausformung hierzu passender Mechanismen. Konfliktfreiheit und (gemessen am geltenden Regelwerk) die Unverletzbarkeit durch unbillige Interessen sind keine realistischen Ziele, weil die Verletzbarkeit solcher Ziele ebenso wenig vollständig vermeidbar ist wie Rechtsverletzung in jedem anderen System auch. Deshalb bedarf es vor allem

- der Formulierung, Konsentierung und ggf. auch Verteidigung gesellschaftlicher Leitbilder zu dem was gewollt und nicht gewollt wird sowie
- der Etablierung von Mechanismen zur Kontrolle von Systemzielen, deren fortlaufende Analyse, der Sanktionierung von Fehlverhalten und ggf. der Reform des Systems.

In diesem Sinne soll der Verweis auf Konflikte ausdrücklich auch Reformen unterstützen. Schließlich dienen Reformen der Systemsicherung und -verteidigung. Die entscheidende und in der Praxis nicht beantwortete Frage ist jedoch, ob Wettbewerb ein Reform- oder ein Transformationsinstrument sein soll, also mit dem Ziel der Systemstabilisierung oder des Systemwechsels politisch forciert und von den Akteuren eingesetzt wird. Nicht die Verletzbarkeit des Systems durch Fehlverhalten oder der Ressourcenmangel im Gefolge der sinkenden Brutto-

⁸ Matthesius, R.-G., e.d.

lohnquote führen in die Systemtransformationen, sondern der Zusammenbruch politischer Konsense, darunter über die gesamtwirtschaftliche Nützlichkeit von sozialem Frieden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat in ihrer historischen Entwicklung zunächst nur einen einzigen wesentlichen Kontroll- und Prüfmechanismus für ärztliche Entscheidungen etabliert, nämlich die Prüfung von ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit. Dieser Mechanismus folgte logisch aus dem Interesse der (zunächst) Mit- später dann paritätischen Finanzierer der Krankenversicherung, der Arbeitgeber. Wegen der Besonderheit einer solchen Bescheinigung, nämlich mit Folgewirkung für Dritte in einen Arbeitsvertrag eingreifen und ihn zeitlich begrenzt außer Vollzug setzen zu können, bestand bei den Versicherungen und den Arbeitgebern ein koinzidentes Prüfinteresse: bei den einen, um unberechtigte Leistung zu vermeiden, bei den anderen, um auf Arbeitskraft und -zeit nicht unberechtigt verzichten zu müssen. Mindestens abstrakt sind/waren solche Prüfungen auch im allgemeinen Versicherteninteresse, weil Missbrauch ggf. beitragsatzwirksam zu Ressourcenverschwendung führt, die dann durch alle Mitglieder zu tragen ist.

Die Prüfung von Arbeitsunfähigkeit durch den sog. Vertrauensärztlichen Dienst war in der Geschichte der GKV eine der wichtigsten Prüfungen auf „Leistungsgerechtigkeit“. Das Interesse änderte sich mit der Novellierung der Lohnfortzahlung 1969, als die Lohnausfallkompensation wegen Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkassen an Bedeutung verlor. Mit der Lohnfortzahlung bestand dieses Interesse nun erst ab der 6. Krankheitswoche, bzw. bei der sog. Langzeitarbeitsunfähigkeit. Zwar haben die Arbeitgeber das Recht auf Prüfung einer Arbeitsunfähigkeit vom 1. Tag an, nur wird dieses Recht nach Informationen aus dem MDK nur sehr begrenzt auch in Anspruch genommen. Im Grunde waren also diese Prüfungen, obwohl bis in die Gegenwart von den Kassen massiv in Anspruch genommen, eher randständig geworden.

Von den ärztlich veranlassten Leistungen wurde in der Vergangenheit also praktisch ausschließlich die durch den Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich ihrer Richtlinienkonformität geprüft.⁹ Eine solche Einzelfallprüfung bestand immer und stets darin, die die Krankenkasse tragenden Mitglieder zu prüfen. Knieps (2004) weist darauf hin, dass diese Prüfpraxis in der mit seiner Etablierung 1930 begonnenen Geschichte des Vertrauensärztlichen Dienstes

„ein Produkt nationalsozialistischer Gesetzgebung zur besseren Kontrolle der Versicherten und der Sozialversicherung“

gewesen ist. Das mag für die Ausformung des Dienstes im Naziregime richtig sein, den Dienst selbst aber hat es davor und danach gegeben. Fortwirkend und unter dem Einfluss der Veränderung der Entgeltzahlungen für Krankenhausleistungen massiv verstärkt, werden weiterhin vor allem zu „Fällen“ depersonalisierte Mitglieder und Versicherte geprüft. Nur zögerlich etablieren sich auch Prüfungen der Leistungserbringer. Prüfungen der Rechtskonformität der Kassen in ihrem Verhalten zu den Mitgliedern der Kassen und zu den Versicherten sowie zu den Erbringern der Leistungen sind im Übrigen praktisch nicht etabliert. Der veranlassende Arzt war (und ist) vor allem hinsichtlich der von ihm bescheinigten Arbeitsunfähigkeit eher

⁹ Die Arbeitsunfähigkeitrichtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen waren und sind weiterhin die Grundlage solcher Prüfungen. Es waren also immer gutachterliche Stellungnahmen gefordert, die – streng genommen – nicht die medizinische Notwendigkeit einer Arbeitsunfähigkeit prüften, sondern die sachgerechte Anwendung der hierfür vorgegebenen Richtlinien.

selten unmittelbar Objekt einer Prüfung: Die Kassen haben – zugespitzt – also vor allem ihre Mitglieder, nicht die Leistungserbringer überwacht¹⁰.

Noch einmal: Das System prüfte bislang den Verursacher einer Leistung im Grunde eher selten oder nur indirekt, nämlich dann, wenn es um Leistungen für die Versicherten geht. Das System kontrollierte in der Vergangenheit eher selten den Pflichtverletzer im Leistungsrecht, allerdings massenhaft die Mitglieder, also quasi die „Miteigentümer und Genossenschafter“ der Krankenkasse. Diese Verschiebung der Sichtweisen entspricht dem vorrangigen Prüfinteressen der Kassen bis heute: Überwacht wird vornehmlich der Einzelfall. Rückschlüsse auf das systematische Entscheidungsverhalten von Ärzten bzw. Leistungserbringern sowie auf Defizite in den Versorgungsstrukturen und -prozessen sind hieraus nicht herzuleiten.

Durch den § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist erstmalig die Öffnung für eine systematische Prüfung von Leistungserbringern mittels repräsentativer Zufallsstichproben, die allein exakte Aussagen über das Gesamtverhalten eines Krankenhauses zulassen, ermöglicht. Bislang ist jedoch offen, wie dieses neue Instrument praktisch umgesetzt werden wird. Es wird interessant sein, kritisch zu beobachten, ob sich hier ein Instrument etabliert, das durch eine Zunahme der Transparenz für alle Marktakteure und im Interesse von mehr Wettbewerbsgerechtigkeit eingesetzt wird, oder ob hier lediglich ein neues Wettbewerbsinstrument bei der Durchsetzung von selektiven Interessen einzelner Akteure entsteht. Wenn die Prüfpolitik der Kassen und ihrer Verbände künftig systematisch offen gelegt werden würde, könnten Stichprobenprüfungen auch Transparenz bezüglich der Wettbewerbsinteressen der Kassen erzeugen. Sofern sich künftig zwischen Kassen und einzelnen Leistungserbringern Interessenabgleiche etablieren sollten (strategische Allianzen im Managed Care, selektive Vertragsgestaltung u. ä. m.) dürfte gerade ein solches Prüfziel an Bedeutung gewinnen.

Systematisch und wie eine roter Faden zieht sich durch die Geschichte der Krankenversicherung das Misstrauen gegenüber den Versicherten, stets nur ungerechtfertigt Leistungen in Anspruch zu nehmen, sich gegen die solidarischen Ziele der GKV zu verhalten und deshalb eigentlich selbst das Argument für eine Abschaffung des Systems zu liefern. Es wird so die Vermutung forciert, der Versicherte würde sich mit seinem Bestreben nach niedrigsten Beiträgen und einem Minimum an Solidarverantwortung nicht nur stets gegen seine Mitmenschen, sondern tendenziell auch gegen sich selbst verhalten, dann nämlich, wenn er, plötzlich selbst Patient, in Verletzung des § 12 SGB V nach (ausgabenwirksamem) maximalem Leistungskonsum trachtet. Es ist an dieser Stelle unbedeutsam, ob es sich bei einer solchen Art von Sichten (Moral Hazard) um Positionen von Mehr- oder Minderheiten unter den Akteuren handelt. Wichtig ist allein der Umstand, dass die seitens der Kassen erfolgende Gleichsetzung, bzw. Ersetzung der „Mitglieder“ durch „Kunden“ dieser Entwicklung entspricht und sie künftig forciert. Es könnte deshalb durchaus sein, dass die sog. Einzelfallprüfung ein vorrangiges Interesse der Krankenkassen bleiben wird und auch Stichprobenprüfungen dann vor allem als Addition von Einzelfallprüfungen, gleichsam als deren Verschärfung, interpretiert und genutzt werden.

¹⁰ Dies entspricht etabliert und fortdauernd einer Interpretationspraxis des sog. Krankenstandes, die den wegen Krankheit Arbeitsbefreiten auf Fehlverhalten, nicht den veranlassenden Arzt auf Verletzung von Pflichten als Kassen- bzw. Vertragsarzt unter Verdacht nimmt. Niedergelassene Ärzte können ansonsten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V) geprüft werden.

1.2 Der Konflikt zwischen Krankenkassen und den Erbringern der medizinischen Sachleistung

Dieser Konflikt ist der tägliche Konflikt zwischen Leistungserbringung und Entgeltung unter den Bedingungen des sog. Provider-purchaser-splits. Er ist immer und unter allen Systembedingungen außerordentlich komplex. Weder die Rückkehr zur Zeit vor dem Berliner Abkommen von 1913, noch eine künftige Aufhebung dieser Trennung durch das Managed Care würden zu vertretbaren Lösungen führen, die dann im Interesse aller und hierunter maßgeblich der Versicherten, liegen. Dieser Konflikt löst sich auch dann nicht, wenn durch die Einführung neuer Vokabeln wie Kunde, Verkäufer und Produkt Einfachheit suggeriert wird: Ein Käufer brauche, so die Suggestion, nur von einem Verkäufer ein nach Ausstattung (Qualität) und Preis differenzierbares Produkt zu kaufen und ggf. die individuelle Kaufkraft überfordernde Preise nach erfolgter Bedürftigkeitsfeststellung kompensieren zu lassen. Bei dieser Vereinfachung wird übersehen, dass

- alle Gesundheitssysteme, gleich welcher Gestalt, vor allem ein politisches Thema sind, weil diese Reduktion nicht funktioniert und
- die vielfältigen historischen Prozesse gesellschaftlicher Modernisierungsbemühungen es bezüglich der medizinischen Versorgung notwendig gemacht haben, die Akteursnatur von Kunden und Verkäufern zu überwinden, u. a. weil nur so eine allgemeine Zugänglichkeit und den Besonderheiten der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe Rechnung tragende Versorgung gesichert werden konnte.

Bis zum Ende der 1980er Jahre standen sich vor allem zwei Akteursmächte gegenüber: die Leistungsträger (abweichend zu § 1 SGB I nachfolgend allein die Kassen) und die Erbringer gesetzlicher Leistungen, letztere in einem rechtssystematisch geteilten Leistungssystem von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sowie medizinischer und pflegerischer Hilfen. Zugleich waren die Anbieter solcher Leistungen in der Vergangenheit, zumindest solange die verteilbaren Ressourcen beständig zunahmen, untereinander kaum je fundamental konfliktthafte Kontrahenten.

Mit dem Rückgang des Anteils der beitragspflichtigen Einkommen am Bruttosozialprodukt Anfang der 1980er Jahre und der systematischen Etablierung von Wettbewerbsmechanismen, bzw. der Lockerung von Wettbewerbshindernissen, hat sich dies gründlich geändert: Die Mitglieder und Versicherten sind seitens der Kassen de facto nicht mehr in ihrem gemeinsamen Interesse vertreten, die niedergelassenen Ärzte sind immer weniger die das SGB V durchführenden und diesem Rechtskreis gemeinsam verpflichteten Vertragsärzte, und die Krankenhäuser verlieren ihren auf öffentliche Interessen verpflichteten Auftrag an erwerbswirtschaftliche Ziele. Zur wichtigsten Leitidee für die Systemgestaltung und die Bestimmung der Handlungszwecke der Krankenversicherung wurde der Wettbewerb zwischen (im Selbstverständnis) mehr oder weniger kapitalmächtigen Unternehmen.

Folgerichtig wird das SGB V als gemeinsam verpflichtender Ordnungsrahmen zu einem Hindernis für die Wettbewerbsziele etlicher Akteure und folgerichtig zumindest diskursiv auch in Frage gestellt. In diesen Auseinandersetzungen sehen sich Mitglieder und Versicherte, trotz der Verbraucherschutzaktivitäten und der Institution eines/einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung (Institutionen, deren Notwendigkeit unmittelbar dem Übergang in marktwirtschaftliche Steuerungsprinzipien entspringt) bislang kaum wirksam vertreten.

Der Kampf brennt um das Überleben einzelner Kassen ebenso wie um das Überleben der Anbieter. Dies wird dem Stärksten gelingen, der nach geltender Konvention immer auch der Beste ist. Qualität hat sich in dieser Logik erfolgreich durchgesetzt, wenn dem Stärksten die Macht zufällt.

2 Funktion und Aufgaben des MDK – der aktuelle Stand

2.1 Auftrag, Arbeitsweise und Organisationsentwicklung

Der „Vertrauensärztliche Dienst“ wurde 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz abgeschafft und durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ersetzt. Bereits mit der Bezeichnung des neuen Dienstes als eines Dienstes der Krankenversicherung, war eine richtungsweisende und aus heutiger Sicht zugleich konfliktträchtige Entscheidung getroffen worden:

Es sollte eben ein Dienst nicht der Krankenkassen, sondern ein Dienst der sozialen Institution „Gesetzliche Krankenversicherung“ sein, ein Dienst, der vor allem und zuerst den übergeordneten und gemeinsamen Zielen der GKV wie sie das Sozialgesetzbuch V als bindend für jeden der Akteure definiert, verpflichtet ist. Die Krankenkassen sind danach nicht zugleich auch die Krankenversicherung, sondern in ihrer Gesamtheit lediglich deren Instrumente, sie sind als Kassen eine Gruppe von Akteuren unter allen Akteuren zur Durchführung der gesetzlichen sozialen Versicherung.

Damit sind Kassen und MDK gegenüber der Krankenversicherung jeweils als ausführende Institutionen und Dienstleister der GKV bestimmt. Beide wirken an der Durchführung des SGB V mit und sind dessen Normen unterworfen:

Die wichtigste Aufgabe des MDK ist die einheitliche, den Maßstäben des Sozialechts folgende und (von allen sonstigen Akteursinteressen) unabhängige medizinische Begründung von Leistungsentscheidungen der die Krankenversicherung durchführenden Krankenkassen, u. a. um einen an Kasseninteressen orientierten Wettbewerb um Versicherte mittels unterschiedlicher Leistungsgewährung zu verhindern, bzw. zu begrenzen. Die rechtssystematische Trennung der Akteure „Einzelkassen“ und „niedergelassene Ärzte/Krankenhäuser“ im Rechtskreis der Gesetzlichen Krankenversicherung ist einer der Mechanismen der GKV, um diese übergeordneten Ziele nicht zu gefährden. Damit ist auch die widersprüchliche Doppelnatur des MDK, einerseits (wie alle übrigen Akteure auch) Dienstleister der GKV insgesamt und zugleich Dienstleister der auf den Wettbewerb fixierten Krankenkassen zu sein, beschrieben.

Aus dem SGB V erwächst die Aufgabe des MDK, kassenunabhängig und nur nach Maßgabe des medizinischen Wissensstandes oder (sofern solche konkret durch die Selbstverwaltung vereinbart sind) gemäß der konkreten Leistungsnormen, Entscheidungsgrundlagen den Krankenkassen verfügbar zu machen, sofern der MDK hierzu einen Auftrag erhält. Wenngleich es sich hierbei gegenüber den Kassen immer nur um Empfehlungen handeln kann, ist das normative Gewicht einer solchen Empfehlung schon allein deshalb unverkennbar, weil im Rechtsstreit um Leistungsansprüche eine andere als eine medizinische Begründung regelhaft keinen Bestand hat. Diese allgemeine normative Bedeutung wird auch nicht dadurch gefährdet, dass es sich um Empfehlungen im Einzelfall handelt. Neu und für einen Medizinischen Dienst

nach bisherigen Erfahrungen ungewöhnlich, ist der Gesetzauftrag, auf Verlangen der Krankenkassen auch Abrechnungen von stationären Leistungsfällen zu überprüfen¹¹.

Der rechtliche Kontext der Aufgaben des MDK für die Krankenversicherung ergibt sich aus dem § 275 SGB V. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter definierten Voraussetzungen gutachterliche Stellungnahmen des MDK einzuholen:

- im Leistungsfall zur Prüfung der Voraussetzungen sowie zu Art und Umfang medizinischer Leistungen sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung¹²
- zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und in Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach SGB IX mit dem behandelnden Arzt
- bei Arbeitsunfähigkeit
 - zur Sicherung des Behandlungserfolges oder
 - zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.

Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

- die Notwendigkeit von Leistungen im Rahmen spezieller Leistungen der Rehabilitation
- die Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland
- häusliche Krankenpflege
- die ausnahmsweise Unaufschiebbarkeit der Versorgung mit Zahnersatz

Die Krankenkassen können prüfen lassen

- die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels
- die Notwendigkeit ambulanter Dialysebehandlung

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen den Medizinischen Dienst bei allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Versichertenberatung, in Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern und für Beratungen in gemeinsamen Ausschüssen der Ärzte und Krankenkassen insbesondere in Prüfungsausschüssen zu Rate ziehen.

Schließlich bestimmt der Gesetzgeber, dass die Ärzte des Medizinischen Dienstes in ihren medizinischen Aufgaben ausschließlich ihrem medizinischen Gewissen unterworfen sind und

¹¹ Dies entspricht u. a. einer Deutungspraxis des § 12 SGB V, als „Wirtschaftlichkeitsparagraf“. Diese Deutung ist jedoch zumindest oberflächlich, denn die Norm des § 12 orientiert ebenso nachdrücklich auf die medizinische Notwendigkeit und das medizinische Erfordernis. § 12 kann also ebenso gut als „Paragraph rationaler und bedarfsgerechter Versorgung“ gedeutet werden.

¹² Die Übertragung von Abrechnungsprüfungen auf einen sozialmedizinischen Fachdienst ist von einer eigenen Logik. Da es sich hierbei um einen Ausfluss der Honorierungssystematik gemäß der Diagnosis Related Groups handelt, handelt es sich eigentlich um eine Produktprüfung, die selbst bei striktester Standardisierung der Produkte und der Prüfungen, offensichtlich nur durch Ärzte geleistet oder nur von diesen rechtssicher vertreten werden kann oder soll. Selbst wenn man sich auf den Standpunkt stellt, solche Rechnungsprüfungen müssten von Fachärzten durchgeführt werden, ist eigentlich nicht einzusehen, weshalb, bzw. in welcher rechtlich zwingenden Logik diese Aufgabe dem MDK übertragen werden muss. Rechnungsprüfungen, etwa von Arzneimittelverordnungen haben ähnliche Schnittstellen zur begründeten Verordnungsweise, sind aber dennoch eine kasseninterne Aufgabe.

nicht in eine ärztliche Behandlung eingreifen dürfen.

Die Aufgaben des MDK für die Pflegeversicherung (SGB XI) sehen entsprechend den gesetzlichen Normen neben der Prüfung auf Pflegebedarf auch die Qualitätsprüfung der Pflege vor.

Dass diese eigentlich eindeutigen Sachverhalte auch aus einem anderen Blickwinkel gesehen werden können, verdeutlicht Pfeiffer (2004) für den VdAK quasi verbindlich. Danach bestehen die Aufgaben des MDK lediglich in der

- *„Bündelung von Kompetenz*
- *Schaffung von Synergien zwischen den Kassen*
- *Unterstützung der Synergien bei den Kassen*
- *Schaffung gemeinsamer Standards mit anderen Versicherungsträgern (z. B. Rehabilitations-Begutachtung)*
- *§ 17c-Prüfungen in Krankenhäusern¹³*
- *Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen*
- *Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss (Methoden, DMP, Qualitätssicherung, Arzneimittel, Zahnersatz)*
- *Pflege des DRG-Systems*
- *Umgang mit Innovationen“.*

Eine Verknüpfung der Aufgaben des MDK mit den übergeordneten Zielen der GKV ist in dieser Aufzählung vermieden. Der MDK erscheint allein als technisches Instrument der Kassen. Die Differenz zwischen Gesetzesauftrag, Selbstverständnis des MDK und der Sicht eines Spitzenverbandes ist unübersehbar (siehe auch Tabelle 1).

Die Finanzierung des MDK erfolgt durch eine versichertenbezogene Umlage mit Öffnung für Einzelleistungsfinanzierungen für Beratungen auf Wettbewerbsfeldern der Kassen. Die Mittel für den MDK tragen die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung je zur Hälfte.

Die Träger der auf Landesebene organisierten MDK sind die Landesverbände der GKV sowie die Landesverbände der Pflegekassen (Ausnahmen: NRW hat zwei Medizinische Dienste, das Land Berlin und das Land Brandenburg haben einen gemeinsamen Medizinischen Dienst).

Die regionalen Landesverbände von Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskassen, die landwirtschaftlichen Kassen und die Verbände der Ersatzkassen (VdAK und AEV) haben für die Wahrnehmung einer gemeinsamen und abgestimmten Trägerschaft eine Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ gegründet.

Die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse haben für die Aufgaben nach dem SGB V je einen eigenen Medizinischen Dienst (der sehr eng mit dem MDK kooperiert). Für die Aufgaben nach SGB XI greifen auch sie auf den MDK zurück.

In den neuen Bundesländern, einschließlich Berlin ist der MDK seiner Rechtsform nach als eingetragener Verein, in den alten Bundesländern als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasst. Jeder MDK verfügt mit dem Verwaltungsrat und der Geschäftsführung des MDK über seine eigenen Entscheidungsgremien. Der Verwaltungsrat ist ein Selbstverwaltungsgre-

¹³ Gemeint sind hier die nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz ermöglichten Stichprobenprüfungen definierter Fragestellungen in Krankenhäusern.

mium, dessen Mitglieder von den Verwaltungsräten der Träger der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft „MDK“ entsandt werden und in dem Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter in der Regel paritätisch vertreten sind.

Ende 2004 arbeiteten

2.057 Ärzte/Ärztinnen

1.254 Pflegefachkräfte

2.773 Mitarbeiter/innen als Assistenzpersonal der Gutachter/innen

insgesamt also 6.084 Mitarbeiter¹⁴

für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Von den Ende 2004 2.057 ärztlichen Mitarbeiter/innen besaßen 92 % mindestens eine Facharztanerkennung mit oft langjähriger Erfahrung als Ärzte in der stationären Versorgung. Die Zusatzqualifikation des/der Sozialmediziners(-in)¹⁵ haben derzeit 65 Prozent. Das vom MDK heute vorgehaltene Qualifikationspotenzial ist im Ergebnis sehr gezielter Anstrengungen seit seiner Gründung und heute als den medizinischen Dienstleistern weitgehend gleichwertig einzuschätzen.

Auf Grund der Tätigkeit sind die Aufwendungen für den MDK haushaltsrechtlich den Leistungs-, nicht den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zuzuordnen. Sie unterliegen also nicht dem Begrenzungsgebot, entsprechen etwa 0,2 - 0,25 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV und sind damit der kleinste aller Leistungsposten der Kassen.

Für die Krankenversicherung wurden 2002¹⁶ knapp 7 Mill. Einzelfallberatungen, darunter etwa 1,1 Mill. Begutachtungen (bei Arbeitsunfähigkeit 0,5 Mill. Begutachtungen, 0,085 Mill. Vorsorge und Rehabilitation, stationäre Leistungen 0,25 Mill., 0,037 unkonventionelle Heilmittel/Arzneimittel, Hilfsmitteln 0,084 Mill., bei zahnmedizinischen Fragestellungen 0,04 Mill.) und rund 8.000 Beratungen von Kassen durchgeführt. Es kommen etwa 1,3 Mill. Gutachten für die Pflegeversicherung hinzu.

Teil dieses Systems ist der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) sowie der Pflegekassen. Er berät die Spitzenverbände der GKV und soll die Zusammenarbeit der MDK koordinieren. Begründet durch den § 282 SGB V hat der MDS die Aufgabe, die MDK in ihrer Zusammenarbeit zu unterstützen und hierbei vor allem die einheitliche Durchführung der Begutachtungen und Beratungen durch die MDK zu fördern. Aus dieser Tätigkeit resultieren Empfehlungen zu einer einheitlichen Begutachtung und Fortbildung. Es entstehen so Richtlinien für die Begutachtung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossen werden und für die MDK verbindlich sind. Der MDS berät MDS die Spitzenverbände in medizinischen und pflegefachlichen Problemstellungen, die auf der Bundesebene, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten und entschieden werden. Im Interesse dieser Aufgaben hält der MDS eigenen Sachverstand vor, bindet ihn vertraglich extern und/oder greift auf den medizinischen Sachverstand der MDK zurück.

¹⁴ <http://www.mdk-net.de/index2.html>; 11.08.2005

¹⁵ Hierbei handelt es sich um eine ergänzende Weiterbildung für Fachärzte, die auf der Basis eines Curriculums der Bundesärztekammer erworben werden kann und speziell auf die Aufgaben der ärztlichen Begutachtung vorbereitet.

¹⁶ Da sich mit dem GMG auch die Fassung des § 275 geändert hat, wären deutliche Veränderungen der Auftragsstrukturen zu vermuten. Entsprechende Zahlen liegen aber derzeit noch nicht vor.

Für ihre Zusammenarbeit hat sich die MDK-Gemeinschaft sieben sog. Sozialmedizinische Expertengruppen (SEG) und vier Kompetenzzentren geschaffen.

Der rechtliche Kontext der Aufgaben des MDK für die Pflegeversicherung ergibt sich aus dem §§ 17, 18 sowie dem §§ 112, 114 SGB XI. Der § 18 SGB XI bestimmt, dass die Pflegekassen durch den MDK prüfen lassen müssen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit (gemäß SGB XI) erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt. Die Aufgabe des MDK ist es zugleich, Feststellungen zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Die hiermit zugewiesene Aufgabe ist auch insofern richtungweisend, als der Gesetzgeber die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Ärzten und Pflegefachkräften regelt und die besondere fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte auch für die Erstellung von Gutachten anerkennt.

Im § 112, 114 SGB XI ist geregelt, dass auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen der MDK zu prüfen hat, ob Leistungen der Pflegeeinrichtungen den vereinbarten Qualitätsstandards entsprechen. Dies ist bislang das einzige Beispiel für eine dem MDK übertragene externe Qualitätsprüfung von Leistungserbringern.

2.2 Das Gutachten: Eigenarten und Perspektiven eines Instruments

Vom Gesetzgeber so konzipiert, ist der MDK der medizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die Krankenversicherung. In der Aufgabenbeschreibung nach § 275 SGB V steckt eine Eingrenzung, die dahingehend ausgeführt ist, dass der MDK vor allem in der Einzelfallbegutachtung zu beauftragen ist und weitergehend beauftragt werden kann. Der Leistungsfall eines konkreten einzelnen Patienten wird nach Maßgabe medizinischer Kriterien und Erwägungen im Kontext der zutreffenden Rechtslage geprüft. Dabei handelt der MDK ausschließlich im Auftrag der Krankenkasse des Versicherten, gibt Empfehlungen für Entscheidungen der Krankenkassen und darf sich in Entscheidungen des behandelnden Arztes nicht einmischen.

Der offenkundige Wille des Gesetzgebers bestand also darin, mit dem MDK einen neutralen und alle Kassenarten übergreifenden Dienst zu etablieren, der im Interesse der Durchführung des SGB V die Rolle des medizinischen Sachverständigen an der Seite der GKV wahrnimmt, um auf diese Weise zwischen der Finanzierungsseite und den medizinischen Dienstleistern fachliche „Waffengleichheit“ herzustellen, aber auch, um jede der das SGB V durchführenden Kassen auf eine gemeinsame Leistungsnorm festzulegen. Der Wille bestand ebenso offenkundig auch darin, den MDK gegen mögliche wettbewerbsinduzierte Verzerrungen zu Lasten der Versicherten zu positionieren.

Der MDK sollte also als Institution der GKV und als Sachwalter von Mitglieder- bzw. Versicherteninteressen gesehen und damit als übergreifender medizinischer Fachdienst für alle Akteure nach SGB V gedeutet werden können. Dem könnten die Sicht der Kassen und ihr strategisches Ziel, Unternehmen zu werden, durchaus entgegenstehen. Mit dem Bestreben der Krankenkassen, zu „richtigen“ Unternehmern¹⁷, im Jargon auch von „payern zu playern“ zu

¹⁷ Vergleiche als ein Beispiel für entsprechende Selbstdarstellungen
<http://www.barmer.de/barmer/web/Site/Unternehmen/publik/rootArticle.tabNavId=29410.csConfigId=29414.navpoint=29482.displayedNavpoint=29482.showToolbar=false.html>; 25.08.2005

werden, also ihren Rechtsstatus als Körperschaft abzustreifen entsteht ein Anreiz, den MDK zum Nachauftragnehmer machen. Es gibt auf diesem Weg Hindernisse, zum einen das Hindernis der gemeinsamen Finanzierungspflicht durch die Kassen.¹⁸ Ein anderes Hindernis ist die der paritätischen Finanzierung der Vergangenheit folgende Besetzung des Verwaltungsrats des MDK mit ehrenamtlich agierenden Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern.

Damit ergeben sich folgende und zunehmend in Widersprüche geratende Grundsituationen:

1. Der MDK ist als ein Instrument zur Kontrolle einer möglicherweise von Interessen geleiteten Bedarfssteuerung und Abrechnungsweise durch die Leistungsanbieter etabliert worden.
2. Der MDK vergleicht die im Einzelfall vorliegenden Anspruchsgründe mit den Rechtsansprüchen des Versicherten, schützt also den Versicherten in seinen Rechten gegenüber den Akteuren.
3. Der MDK gibt an die Kassen Hinweise auf mögliche weiterführende Maßnahmen zur Sicherung von Behandlungserfolgen im Einzelfall.
4. Der MDK berät, sofern beauftragt, Krankenkassen bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und -prozessen als interessenunabhängiger Fachdienst.
5. Der MDK ist ein Instrument der externen Qualitätssicherung (ausschließlich im Rahmen des SGB XI).

Nachfolgend werden diese Aufgaben zu nur noch zwei Leistungen zusammengefasst und in ihrer eigentümlichen Beschaffenheit kurz charakterisiert. Das sind **die Begutachtung** und **die Beratung**.

2.2.1 Die Begutachtung

Im Grundsatz lassen sich unter der Bezeichnung „Begutachtung“ mindestens vier verschiedene Aufgabentypen zusammenfassen¹⁹. Das sind

1. Oberexperten zur prospektiven Beurteilung einer beabsichtigten medizinischen Maßnahme im Sinne der Trennung von Indikationsentscheidung und Ausführung der Maßnahme,
2. Verfahren zur Feststellung des Bestehens eines gesetzlichen Leistungsanspruchs durch die vom Rechtsgeber der ärztlichen Fachkunde übertragene Ausdeutung der kassenseitigen Entscheidungsfelder „Bedarfslage“ und „Rechtsanspruch“,
3. Verfahren zur Klärung von Zusammenhangsfragen, speziell der Kausalität, etwa bei Haftungsfragen,
4. Verfahren zur prospektiven Folgeabschätzung von Gesundheitsrisiken oder von bereits manifesten Krankheiten.

Aus der Sicht der Krankenversicherung spielen die letzten beiden Gutachtentypen bei derzeitiger Rechtslage nahezu keine Rolle. Im Rahmen strategischer Interessen der Krankenversicherung, zu Managed Care Organisations zu werden, also

¹⁸ Auch wenn die Gesetzgebung ermöglicht, Modelle direkter Auftraggeberfinanzierungen des MDK zu etablieren (§ 281 SGB V), wird eine durchgreifende Veränderung der Finanzierung kurzfristig kaum möglich sein, ohne die Unabhängigkeit des MDK zu zerstören.

¹⁹ Vergleiche hierzu ausführlicher Niehoff/Braun, Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health, Stichwort Begutachtung, Nomos Verlag 2003

- durch von Kassen betriebene Versorgungseinrichtungen
- durch Vertragsgestaltungen
- durch selektive strategische Allianzen mit Leistungsanbietern, vorzugsweise großen Versorgungskonzernen
- durch Jointventures oder
- durch Systeme einer kassengesteuerten Indikationssetzung für medizinische Leistungen (versicherungsseitiges Case Management)

die Finanzierungsseite und die Leistungserbringung zu integrieren, ist ein Interesse an der prospektiven Beurteilung medizinischer Maßnahmen allerdings auch bei den gesetzlichen Krankenkassen künftig nahezu unvermeidlich. Dies folgt schon aus den Voraussetzungen des Managed Care unter Wettbewerbsbedingungen, hierunter vor allem die Risikoselektion und die versicherungsökonomischen Interessen folgende Steuerung von Versorgungsleistungen und -prozessen. Hierbei handelt es sich um Begutachtungstechniken des Managed Care, wie z. B. Pre-Admission Review, Pre-Admission Certification, Pre-Certification, Pre-Authorisation, Pre-estimate of Cost, Pre-treatment estimate, Prior Authorisation oder Triage-systeme. Diese Feststellung gilt für die Risikoselektionsinteressen analog.^{20 21}

Es ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass in Deutschland die Begutachtungen für die Versicherungsträger als praktische Sozialmedizin schlechthin gilt, was z. B. bei den Rentenversicherern zu der Interpretation führt, dass sich die Sozialmedizin institutionell nur innerhalb der Leistungsträger, also nicht unabhängig von ihnen etablieren darf.²² Die Sozialmedizin wird damit durch Versicherung und Politik auf die Steuerung des Versorgungsgeschehens, nicht auf die analytische und handlungsorientierende Bewältigung der sozialen Ungleichheit der Menschen vor Krankheit und Hilfeleistung festgelegt.

Bei dem Versuch, die Eigentümlichkeiten der Begutachtung zu charakterisieren, kann von dem vergleichbaren Vorgang der Diagnostik ausgegangen werden: Ein Sachverhalt wird ermittelt, er wird dann bewertet und schließlich hinsichtlich möglicher Handlungskonsequenzen

²⁰ Auf die Problematik „Risikoselektion“ wird hier nicht eingegangen. Zwar werden solche Mechanismen als mit der Weile gängige Praxis auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung allenthalben beklagt, aber weder das Ausmaß noch die Techniken der Selektion sind m. W. wirklich untersucht oder die Anwendung solcher Verfahren tatsächlich bestätigt. Meines Erachtens wird jedoch zu wenig thematisiert, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung auch eine Folge von Risikoselektionen auf der Seite der Krankenversicherungen sein können.

²¹ Auf die strategische Bedeutung dieser Entwicklungen aus der Sicht der rot-grünen Bundesregierung verweist Knieps sehr direkt: „Schließlich wird die Verzahnung von sozialmedizinischer und gesundheitsökonomischer Kompetenz bedeutsamer werden, ob es der Medizin gefällt oder nicht.“ Hiermit ist natürlich die Steuerung medizinischer Leistungserbringung durch gesundheitsökonomische Kalküle gemeint, was auch als Rationierung interpretiert werden kann.

²² Vergleiche als jüngste Quelle den „Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung“, DRV-Schriften, Band 53, Sonderausgabe der DRV 2004. Die hier zur Grundsatzposition erhobene institutionelle und inhaltliche Vereinnahmung der Sozialmedizin ist in dieser Eindeutigkeit von den übrigen Sozialversicherungsträger bislang nicht, zumindest nicht öffentlich thematisiert. Unter bestimmten Voraussetzungen könnte einer solchen Vereinnahmung auch zugestimmt werden und zwar dann, wenn praktizierte Sozialmedizin als eine besondere und eigenständige Leistung innerhalb des Solidarsystems gesehen werden kann. Die Zustimmungsfähigkeit erlischt jedoch sofort, wenn dieser Sozialausgleich als Ziel der Sozialversicherung die Sozialversicherungsträger nicht mehr eint.

entschieden. Diese Analogie erlaubt die Übertragung der Gütekriterien für die Diagnostik²³, also z. B. Sensitivität und Spezifität, auf die Begutachtung.

Es ergeben sich in der Begutachtung folgende analoge Situationen:

1. Die Begutachtung ist hinreichend sensitiv, wenn von gleichartigen leistungsberechtigenden Sachverhalten hinreichend viele auch als berechtigt erkannt werden (Sensitivität der Begutachtung).
2. Die Begutachtung ist hinreichend spezifisch, wenn von den nicht zur Leistung berechtigenden gleichartigen Sachverhalten hinreichend viele als nicht berechtigt bewertet werden (Spezifität der Begutachtung).

Was im Interesse einer qualifizierten Begutachtungspraxis als „hinreichend“ zu bewerten ist, muss hier nicht diskutiert werden. Entscheidend ist, dass Sensitivität und Spezifität für die fachliche Legitimation eines ärztlichen Begutachtungsdienstes stehen müssen. Diese Legitimation setzt voraus

- eine Vereinbarung dessen, was gleichartige Sachverhalte (Sozialrecht versus Sozialmedizin versus Interessen der Leistungsfinanzierer und -erbringer) sind,
- die fortlaufende Dokumentation der Ergebnisse von Begutachtungen,
- den systematischen Vergleich der ermittelten Sensitivität und Spezifität und
- die fortlaufende Dokumentation aller so definierten Sachverhalte und der auf diese bezogenen Leistungsentscheidungen.

Eine solche Verfahrenslogik ist weder in der Diagnostik bei den Leistungserbringern noch in den Begutachtungsdiensten systematisch etabliert. Eigene Erfahrungen legen nahe, dass eine systematische Bewertung der Sensitivität und Spezifität von Gutachten dringlich ist²⁴.

Der hier mögliche Konflikt ist leicht nachzuvollziehen: Die Krankenkassen wollen eine möglichst große Spezifität gesichert sehen (möglichst wenige Versicherte bekommen ungerechtfertigter Weise Leistungen). Eine Erhöhung der Spezifität (die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Gutachten, bzw. unberechtigter Empfehlungen wird vermindert) führt jedoch regelhaft auch zu einer Verminderung der Sensitivität, also dazu, dass der Anteil sog. falsch-negativer Begutachtungsergebnisse größer wird. Das heißt, es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein berechtigter Bedarf nicht erkannt oder akzeptiert wird.

Werden die Begutachtungsverfahren so justiert, dass unberechtigte Leistungen weitgehend vermieden werden, wird zugleich auch der Anteil der Personen größer, denen berechtigte Leistungen versagt bleiben. Soll umgekehrt der Anteil derer möglichst groß sein, denen berechtigter Anspruch gewährt wird, wird auch der Anteil derer größer, die unberechtigt Leistungen erhalten.

Die versicherungsökonomische Präferenz und das Dilemma des Gutachters sind unverkennbar. Der Gutachter sitzt gleich zwischen drei Stühlen: Kasse, Patient und Leistungserbringer.

²³ Vergleiche Niehoff, J.-U., Sozialmedizin systematisch, 2. Auflage, UNI MED Verlag Hamburg, London, Boston 2005

²⁴ Methodisch geht es hierbei immer um die „richtige“ Zuordnungen von Ähnlichem. Wie problematisch solche Prozeduren sein können, zeigen aktuell auch Strausberg, J. et al „Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit“, Das Krankenhaus 8/2005, 657-662.

ger²⁵. Er ist in seinem Rechtsstatus, sofern im Anstellungsverhältnis, weitgehend ungeschützt. Er muss für sich die Frage beantworten, ob er vorrangig

- erreichen will, dass unter seinen positiven Begutachtungen möglichst keine sind, die fälschlicher Weise positiv sind oder ob er vorrangig
- erreichen will, dass unter den negativen Begutachtungen möglichst keine sind, die fälschlicher Weise negativ sind.

Die erste Option ist gut für das Verhältnis zum „Kunden“ (die Kasse), die zweite Option gemäß § 275 (5) SGB V pfleglich für das Gewissen.

Es ist als grundsätzlicher Sachverhalt festzuhalten, dass Einzelfallgutachten, wie sie in der Sozialversicherung eine große Rolle spielen, immer auch die Frage aufwerfen, ob deren Empfehlungen auf andere ähnliche Fälle übertragbar sind, ohne dass diese Übertragung oder Übertragungsfähigkeit zunächst Gegenstand einer eigenen Expertise gewesen ist. Die Frage ist also auch, ob ein Einzelfallgutachten immer nur für den Einzelfall begründend ist, bzw. unter welchen Umständen es auch als normative Vorlage für einen (letztlich immer nur) ähnlichen Fall genutzt werden kann, es ggf. also seitens der Kassen keines neuerlichen ärztlichen Gutachtens bedarf.

Die Antwort auf diese Frage muss von der Feststellung ausgehen, dass ein Einzelfallgutachten aus wissenschaftlicher Sicht immer begründungsschwächer ist als ein quantitativ begründetes Gutachten. Dies ergibt sich zwingend aus der Eigenschaft, eben eine qualitative Einschätzung zu sein. Der Konflikt scheint also nur durch quantitative Gutachten lösbar, die dann aber auch den Regeln quantitativer Gutachten als Stellungnahmen über eine Gruppe oder Klasse von gleichen bzw. ähnlichen Merkmalen oder Sachverhalten, unterworfen werden müssen. Das bedeutet wiederum, die „Fälle“ so zu standardisieren (und zwar rechtlich wirksam), dass der Einfluss von Modifikatoren, wie sie z. B. in der psycho-sozialen Situation des Patienten gegeben sein können, verbindlich ausgeschlossen wird (Depersonalisierung). Dies gelingt dann, wenn medizinische Hilfeleistung nur noch in der Gestalt von vordefinierten Produkten leistbar und honorierungsfähig sein würde. Quantitative Gutachten sind (die Beachtung methodischer Regeln vorausgesetzt) immer exakt und zwar exakt in den Grenzen der Konfidenz. Sie sind dann auch überprüfbar, sie sind nur eben nicht notwendiger Weise auch individuell und rechtlich akzeptabel. Es kommt ein weiteres Problem hinzu, nämlich die Identifizierung des Gutachtengegenstands bei einem quantitativen Gutachten.

Die Grundsituation kann durch folgende Konstruktion deutlich gemacht werden:

Herrn M. wird von seinem Arzt wegen einer Erkrankung des Magen-Darm-Traktes eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Hierzu passen die Beschwerdeschilderungen und objektiven Symptome. Um Zweifel hieran auszuräumen, wird ein Gutachten des MDK beauftragt. Der Gutachter räumt die Zweifel aus oder nicht. Hierbei hat er jedoch tatsächlich Arbeitsfähigkeit zu bewerten, was nicht allein die Würdigung des Krankheitsbildes, sondern auch die der Arbeitsplatzanforderungen verlangt. Beide hieraus resultierenden möglichen Empfehlungen können falsch oder richtig sein. Ein solches Urteil wird sich jedoch (jenseits offensichtlich betrügerischen Handelns) nie endgültig bestätigen lassen. Es gibt einen Ermessensspielraum zu Gunsten des Patienten oder zu Gunsten der Kassen. Da der Begriff der Wahrscheinlichkeit für den Einzelfall nicht definiert ist, kann nie angegeben

²⁵ Unter Umständen kommt ein vierter Stuhl hinzu, nämlich der eigene Arbeitgeber.

werden, ob eine Empfehlung eher mehr oder eher weniger richtig ist. Für wen und für wessen Interesse wird also im Zweifel entschieden?

Das Beispiel lässt sich auch völlig anders konstruieren:

Dr. med. A. wird auffällig, weil die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten wegen einer Magen-Darm-Erkrankung unter seiner Klientel unerklärbar hoch ist. Ein Gutachten soll klären, welche Gründe hier wirken. Offensichtlich geht das nur über den quantitativen Vergleich mit anderen Ärzten und unter bestimmten anzunehmenden oder zu vereinbarenden Standardbedingungen. Das Ergebnis würde belegen, ob es unter Zugrundelegung von zu vereinbarenden Grenzen der Konfidenz bei Dr. med. A. ein abweichendes Verhalten gibt oder nicht. Ist dies identifiziert, wären Ursachen der Abweichung festzustellen und ggf. zu sanktionieren. Im Rahmen der methodischen Regeln ist ein solches Verfahren immer hinreichend und mit zu quantifizierender Wahrscheinlichkeit auch zweifelsfrei.

Beide beschriebenen Sachlagen sind aus der Sicht einer von Mitgliedern getragenen solidarischen Krankenversicherung noch in einer anderen Beziehung verschieden. Im ersten Fall werden Mitglieder auf die Relation von individuellem Bedarf und Leistungsrecht geprüft, ggf. kontrolliert und überwacht, im zweiten Fall Ärzte, bzw. Dienstleister hinsichtlich des vertragskonformen Verhaltens.

Unterstellt, letzteres wäre das Ziel, nämlich statt der Mitglieder und Versicherten, die Leistungserbringer zu prüfen, zu bewerten und ggf. zu sanktionieren, hätte das nicht nur für das Begutachtungsgeschäft weit reichende Konsequenzen. Diese wären auch von einer Art, die ein von Mitgliedern getragenes System von unternehmerisch agierenden privaten Versicherungen nachdrücklich abgrenzen würde. Ersteres muss, folgt man konsequent den übergeordneten Zielen und dem Prinzip der Sachleistung, vorrangig auf die Steuerung der Leistungserbringer als den entscheidenden Vertragspartnern orientiert sein, das andere auf den Versicherten, der ja hier die maßgebenden Vertragspartner ist und der sich aus eigener Entscheidung einer Kostenerstattung unterworfen hat.

Die Kernfrage lautet also, ob mittels der Begutachtung die Anbieter oder die Nachfrager gesteuert werden sollen. Hier wird die Auffassung vertreten, dass wegen des Sachleistungsprinzips die Anbietersteuerungen ein vorrangiges Interesse der GKV sein muss, Nachfragesteuerungen wegen der Kostenerstattung hingegen für Äquivalenzversicherungen unverzichtbar sind. Auch dies unterscheidet Mitglieder der GKV von Versicherungskunden.

Der Konflikt zwischen qualitativen Einzelfallbegutachtungen und solchen auf objektiver quantitativer Grundlage ist auch ein Konflikt vor dem Hintergrund bestehender Rechtslagen bzw. der rechtlich akzeptierten Steuerungsmechanismen im Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitssicherungssystem. Je nachhaltiger Begutachtungen auf Einzelfälle eingegrenzt werden (können), desto weniger werden die wirkenden Leistungsstrukturen und -prozesse, bzw. ggf. rechtlich problematischen Interessenabgleiche zwischen Vertragspartnern transparent. In einem wettbewerblichen Gesundheitssystem besteht also u. U. ein geringes Interesse an einer Steuerung des Leistungserbringers bzw. des Vertragspartners einer Kasse.²⁶ Es könnte leicht

²⁶ Hierzu kann ein einfaches hypothetisches Beispiel konstruiert werden: Gesetzt den Fall, eine Krankenkasse vereinbarte mit einem Leistungserbringer, dass vom gesamten Preis der Leistung zu Gunsten der Kasse ein Betrag von x % automatisch abgezogen wird und die Kasse verpflichtete sich im Gegenzug, Art und Umfang von Leistungen und auffällige Abrechnungen durch den MDK nicht prüfen zu lassen, so würde hier offensichtlich die Vereinbarungsfähigkeit von Prüfungen zwischen freien Vertragspartnern unterstellt werden. Ein solches Recht wäre jedoch schon allein deshalb zu bezweifeln, weil die Kassen als Körperschaften des öf-

ein Interesse entstehen, die Transparenz des Vertragsgeschäfts gegenüber den Mitgliedern der Krankenkassen und gegenüber anderen Kassen zu verhindern. Folglich besteht in einem solchen Fall dann auch an einer systematischen quantitativen Abbildung von für die Versorgungsstrukturen und -prozesse relevanten Folgewirkungen wettbewerblicher Vertragsgestaltungen seitens der Auftraggeber des MDK kein Interesse.

Die weitgehende Eingrenzung auf Einzelfallbegutachtungen durch das SGB V entspricht also ggf. etablierten oder sich etablierenden Interessenlagen auf beiden Seiten der über Versorgungsleistungen direkte Verträge schließenden Parteien. Sie könnten gemeinsam ein Interesse haben, Intransparenz gegen methodisch konsistente Beurteilungs- und Evaluationskonzepte zu verteidigen²⁷. Es wird also abzuwarten sein, welche praktische Bedeutung Begutachtungen auf der Basis repräsentativer Stichproben des gesamten Versorgungsgeschehens erlangen werden.²⁸

Grundprinzip jeder Begutachtung muss die strikte Trennung von Auftraggeber und Gutachter sowie die Trennung von Begutachtung und Entscheidung sein. Die im § 275 SGB V gesetzte Norm, nach der der Gutachter allein seinem Gewissen unterworfen sein soll, wäre vor dem Hintergrund der Evidence Based Medicine allerdings mindestens um die normative Bindung an den fachlichen Standard und die Rechtslage zu erweitern. Der fachliche Standard als Maßstab muss um die individuelle Erfahrung des Gutachters ergänzt werden, wenngleich der Standard auch nicht beliebig interpretiert werden kann.

Die Forderung nach der Evidence Based Medicine als Grundlage der Begutachtung übersieht allerdings, dass es in der Begutachtungspraxis entsprechend der Normen der EBM regelhaft nicht um die explizite Nutzung des besten verfügbaren externen medizinischen Wissens in Verbindung mit der klinischen Expertise zum Einzelfall geht (zudem in möglichst gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten). Für die Begutachtungspraxis sind vielmehr sozialrechtliche Tatbestände und Richtlinien maßgebend soweit Richtlinien für die GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überhaupt verbindlich vorgegeben sind. Da es in der Begutachtungspraxis des MDK regelhaft nicht um die Beurteilung der medizinischen Versorgung von Patienten geht, sondern um die Frage, welche Leistungen bei gegebener

fentlichen Rechts nur im Rahmen des SGB V und der ihnen von den Mitgliedern zugestanden Handlungsmöglichkeiten auf Prüfung und ggf. Sanktionen bei unberechtigt erbrachten Leistungen und ggf. fehlerhaften Abrechnungen verzichten könnten. Solche Freistellungen sind im Gesetz nicht vorgesehen. Da es sich hier vermutlich in jedem Fall um eine Rechtsverletzung handeln würde, legt der § 12 SGB V nahe, da gewährte Leistungen, die nicht notwendig, nicht erforderlich und nicht wirtschaftlich sind auch zu Regressansprüchen gegenüber dem verantwortlichen Vorstandsmitglied der Kasse gegenüber dem Kollektiv der Mitglieder führen können. Vereinbarungen dieser Art könnten also dazu führen, dass sich hier ein Kassenvorstand aus der Regresspflicht zu stehlen versuchte und sich in jedem Fall gegen die Interessen der Mitglieder verhalten würde.

²⁷ Es muss in diesem Zusammenhang angemerkt werden, dass der Gesetzgeber die Vorgabe von Regeln für Prüfungen und Evaluationen im Zusammenhang mit den sog. neuen Versorgungsformen sorgfältig vermieden hat. Da hier Kassen selbst zu Versorgungsakteuren werden können, liegt es so auch im Ermessen einer Kasse, sich vom MDK prüfen zu lassen oder nicht. Möglicherweise hat hier also der Gesetzgeber für Fälle, in denen Kassen de facto oder de jure selbst zu „Versorgern“ werden, das Privileg geschaffen, sich keiner Prüfung, sei es im auffälligen Einzelfall oder gemäß einer verdachtsunabhängigen Stichprobe unterziehen zu müssen.

²⁸ Mit dem § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat sich hier der Gesetzgeber in einem Teilsegment, allerdings unter Vermeidung klarer Festlegungen, nach vorn bewegt. Die Ermöglichung von Stichprobenprüfungen von Krankenhausfällen ist zweifellos ein erster Fortschritt. Er wird zugleich aber dadurch deutlich eingegrenzt, dass im Gesetzestext der Zusatz fehlt, der solche Stichproben a) an die Bedingung der Repräsentativität und b) an die Etablierung von Mechanismen eines wettbewerbsneutralen Einsatzes dieser Prüfungen verpflichtend bindet.

Rechtslage zugänglich sind, ist der rechtliche Beurteilungsrahmen in der Begutachtung ggf. wichtiger als der medizinische²⁹. Sofern die EBM³⁰ über Leitlinien (welcher Art, welchen Ursprungs oder welcher Qualifikation diese auch immer sein mögen) im Leistungsgeschäft der GKV relevant ist, ist sie für den MDK im „Tagesgeschäft“ dennoch nur mittelbar bedeutsam. Der Begriff Leitlinie steht aus der Sicht der Krankenkassen lediglich als Synonym für den des Produkts und seine verbindlich zu erwartenden Eigenschaften. Mit der Etablierung des Produktbegriffs in der medizinischen Versorgung sowie der produktbezogenen Standardisierung von vertraglich zwischen den Kassen und medizinischen Dienstleistern vereinbarten oder zu vereinbarenden Produktparametern, wird auch die Begutachtungspraxis zunehmend zu einer Prüfung der Einhaltung von Vertragsbedingungen. Soweit die Vertragsinteressen der Kassen differieren, differenziert sich auch das Interesse an der Prüfung der Einhaltung von Verträgen³¹.

Ange­sicht der hier angesiedelten Konflikte bedarf es akzeptierter Regeln für die Begutachtungspraxis, z. B. im Sinne eines „in dubio pro...“. Solche scheinen kaum durchsetzbar, weil so Kernprobleme des Selbstverständnisses der Krankenversicherung zwischen den Polen ihres (im Sozialrecht bislang nicht in Frage gestellten) solidarischen Auftrags, des Gleichheitsanspruchs vor dem Recht und den Geschäftsinteressen jeweils der einzelnen Auftrag gebenden Krankenkasse berührt sind. Eine den psycho-sozialen Besonderheiten entgegenkommende allgemeine und nicht nur ergänzende „override option“, die Richtlinien und Standards im individuellen Fall relativiert, erscheint kaum durchsetzbar.

Der Gesetzgeber hat zur Auflösung dieses Problems, im § 275 (5) SGB V festgelegt:

„Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen.“

Dies ist jedoch keine tatsächliche Lösung, da praktisch nicht handhabbar. Da das, was ein „ärztliches Gewissen“ ist, nicht normierbar ist, weist der Gesetzgeber soweit auch keinen Weg in die Konfliktlösung. Wegen der Offenkundigkeit von sinnvolleren Alternativen muss

²⁹ Dieser Sachverhalt lässt sich am Beispiel des SGB XI besonders einfach erläutern. Der Gutachter hat hier nicht die Möglichkeit, Pflegebedürftigkeit im Einzelfall zu ermitteln. Seine Aufgabe besteht allein darin zu prüfen, ob ein individueller Sachverhalt der rechtlichen Bedarfsvorgabe entspricht oder nicht. Die heftigen Diskussionen nach Einführung des SGB XI um die „Richtigkeit“ der Begutachtungen haben bis heute zu einer so weitgehenden rechtlichen Standardisierung der Pflegestufen geführt, dass der Entscheidungsspielraum des Gutachters bezüglich des Einzelfalls weitgehend eingegrenzt ist. Dies ist auch in der Krankenversicherung die generelle Entwicklung: Es geht um die Minimierung von individueller und auf den Einzelfall bezogener Entscheidungsvarianz und die Berücksichtigungsfähigkeit individueller Problemlagen. Der mögliche sachliche Konflikt, ob ein Gutachten zu „richtiger“ wird und Empfehlungen auch individuell bedarfsgerecht sind, ist allerdings keineswegs ausgeräumt.

³⁰ Das Verhältnis von EBM und Sozialrecht bzw. die Konsequenzen der jeweiligen Interpretation dieses Verhältnisses können hier nicht diskutiert werden. Anzumerken ist lediglich, dass die Diskussion um die EBM an der Verkürzung des Problems auf das Verhältnis von wissenschaftlicher Medizin und klinischen, möglichst randomisierten Studien leidet. EBM, im Sinne von Sackett et al als ein Prozess der Nutzung des jeweils besten verfügbaren Wissens für den individuellen Behandlungsfall, geht über den Kontext einer klinischen Studie hinaus und will explizit auch den human- und gesundheitswissenschaftlichen Kontext von Kranksein, Hilfebedarf und Hilfeleistung vor dem Hintergrund der individuellen und sozialen Variation der Bedarfslagen respektieren. Von einer Medizin, die Leistungen nur als einen Korb vereinbarter Produkte erbringt, ist da nicht die Rede. Dies könnte also durchaus zu der zwingenden Norm in EBM-basierten Leitlinien führen, dass Einzelfallgutachten immer auch explizit und nachweisbar die individuelle Situation des Begutachteten würdigen zu müssen. Zumindest wäre dies angewandte Evidence Based Medicine.

³¹ Die Vorstöße der AOK, die Qualitätsberichte nach § 137 SGB V durch eine kasseninterne Erarbeitung solcher Berichte abzulösen, illustrieren diese Entwicklung. Vergleiche hierzu z. B. Leber, W.D. Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität. „krankenhaus umschau“, 5/2004

unterstellt werden dürfen, dass der Gesetzgeber sich bewusst nicht für andere Formulierungen entschieden hat, etwa dem Gebot,

- nach bestem verfügbarem Wissen oder
 - nach Richt- und Leitlinienkonformität oder
 - im Sinne der übergeordneten Ziele des sozialen Leistungsrechts oder
 - in Abhängigkeit vom individuell begründbaren Bedarf oder
 - in Unabhängigkeit von den Interessen von Leistungserbringern und Krankenkassen oder
 - in Unabhängigkeit von den geschäftspolitischen Zielen des eigenen Arbeitgebers (hier des MDK) oder
 - im Zweifelsfall für (oder gegen) den Versicherten,
- gutachterliche Empfehlungen auszusprechen³².

Derzeit vollziehen sich mindestens vier Entwicklungen:

1. Die Medizinischen Dienste haben Begutachtungsprodukte³³ definiert. Hierbei handelt es sich a) um der rechtlichen Systematik folgende Klarstellungen zu den möglichen Leistungsarten des MDK und b) um die Festlegung von unverzichtbaren Grundlagen für das Bearbeitungsverfahren von Aufträgen. Das Ziel besteht darin, die Beauftragungen bundesweit aber auch zwischen den Kassen zu vereinheitlichen. Als Aspekt dieser Entwicklung gibt es Bemühungen seitens des regionalen MDK, für die Krankenkassen Anleitungen zu entwickeln, bei welchen medizinischen und sozialmedizinischen Konstellationen die Beauftragung eines Gutachtens sinnvoll ist und wann nicht. Wie mit diesen Empfehlungen umgegangen wird, kann in der Regel nicht geprüft werden, weil die Interessen der Krankenkassen an solchen „Rationalisierungsanleitungen“ möglicherweise sehr unterschiedlich sind. Die Gründe liegen auf der Hand: Dem main stream folgend werden auch die Beziehungen zwischen MDK und Krankenkassen tendenziell als Beziehungen von Verkäufern und Kunden gedeutet. Die Folge ist, dass die Ergebnisbewertung zu einer Aufgabe des Käufers im Rahmen seiner unternehmenspolitischen Ziele wird und dieser im Kontext dieser Ziele über die Nützlichkeit eines Produktes entscheidet³⁴. Es ist nicht auszuschlie-

³² Es ist anzumerken, dass der Gesetzgeber diesen eigentümlichen Gewissensappell an den gehalts- und arbeitgeberabhängigen Gutachter richtet, nicht aber an den Medizinischen Dienst selbst und damit alle Spannungen zum Thema Unabhängigkeit dem jeder Zeit aufkündbaren Arbeitsverhältnis zwischen Gutachter und seinem Arbeitgeber überlässt. Der Rechtslage des ehemaligen vertrauensärztlichen Dienstes folgend, sind zwar immer noch einige dieser Gutachter Beamte, doch dürfte ihr Anteil in den nächsten Jahren marginal werden. Selbst wenn sich der Medizinische Dienst schützend zwischen „seine“ Gutachter und die Kassen stellt, ändert dies nichts grundlegend, weil dann die Spannungen zwar den Gutachter entlasten, nicht aber aus dem Verhältnis von Auftraggeber und Auftragnehmer genommen werden.

³³ Vergleiche hierzu „Katalog der MDK-Produkte. Klassifikation sozialmedizinischer Leistungen nach Produktgruppen.“ Fassung vom 12.01.2005

³⁴ Die eventuelle Folge wäre leicht nachzuvollziehen: Die notwendige Qualitätssicherung für die „Produkte“ würde dann nicht zwingend an konsentierten und übergreifenden Qualitätsmerkmalen festgemacht, sondern durch ein kasseninternes Benchmarking der Gutachter hinsichtlich des Verhältnisses der Begutachtungsergebnisse zu den jeweiligen Wettbewerbsinteressen, also an der Nützlichkeit gemessen, ggf. hinsichtlich der Ergebniserwartungen auch zum Gegenstand von Zielvereinbarungen. Eine etablierte Evaluationspraxis der gesamten Beauftragungen des MDK würde unvermeidlich zu einer Evaluation der Wettbewerbsstrategien der Kassen führen. Neben den jeweiligen Beauftragungsmengen im Verhältnis zu den Versichertenstrukturen würden auch die jeweiligen Auftragsstrukturen im Verhältnis zu den Leistungsarten und den gesetzlichen Vorgaben nach § 275 SGB V ggf. öffentlich evaluierbar werden.

ßen, dass solchen Produktklassifikationen und Anleitungen eine verstärkte Diskussion um eine auftragsbezogenen Honorierung als Ergänzung oder Ersatz für den geltenden Mechanismus einer mitgliederbezogenen Umlage und in Erweiterungen der derzeitigen direkten Finanzierungsmöglichkeiten nach § 281 SGB V hinaus, folgen wird.

2. Die Medizinischen Dienste sind Dienstleister der Kassen, die aus der Sicht des MDK also „Kunden“ sind. Aus der Kundenkonstruktion folgt, dass der MDK auch den Erwartungen des Kunden an das zu liefernde Produkt zu entsprechen hat. Diese Erwartungen betreffen zunächst allgemeine Produkteigenschaften (Bearbeitungszeit, Verstehbarkeit usw.). Sie betreffen möglicherweise aber auch Produktinhalte, die unmittelbar den Wirtschaftlichkeitszielen der Kassen folgen. Diese Ziele könnten sich etwa aus der Relationen der für den MDK verausgabten Mittel und seinem Nutzen durch vermiedene Leistungen, aber auch ganz unmittelbar aus allgemeinen wie auch auf einzelne Leistungen orientierte Sparpolitiken ergeben. Das Gutachten würde dann zu einem direkten Instrument dieser Politik. Die Qualität eines Gutachtens wäre damit direkt an die Effizienz- und Effektivitätsmaßstäbe der Auftraggeber gebunden. In diesem Zusammenhang werden nicht allein die Auftragsmengen, sondern vor allem die Auftragsstrukturen zum direkten Spiegel der Kassenpolitik. Vordergründig geht es hierbei nur um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit von MDK-Kapazitäten. Tatsächlich könnten, sofern sie durchführbar wären, Analysen zur Beauftragungsstruktur auch nachvollziehbar machen, welche Fallkonstellationen und Leistungserbringer jeweils von welcher Kasse und wiederum bei welchen Versichertengruppen ggf. in der Variationsbreite zwischen „exzessiv“ und „nie“ geprüft werden.
3. Der MDK versucht, seine Erfahrungen aus Begutachtung und Beratung zu verallgemeinern und den Kassen als Hilfestellungen für die Beauftragungspraxis verfügbar zu machen. Er hat jedoch keine eigene Einflussmöglichkeit auf diese Entscheidung der Krankenkassen, kann also die medizinische Sinnhaftigkeit einer Begutachtung selbst nicht unmittelbar beeinflussen. Das gilt analog für die Entscheidung einer Krankenkasse, bestimmte (ggf. auch sinnvolle oder gar notwendige) Sachverhalte nicht zur Begutachtung durch den MDK zu beauftragen. Die Aufträge können also unmittelbar an die Wettbewerbsziele der jeweiligen Kasse geknüpft sein³⁵. Das u. U. vorhandene Interesse einer Kasse an Risikoselektionen könnte sich hierbei immerhin nicht nur positiv an Aufträgen zur Begutachtung festmachen, sondern viel nachhaltiger an einem Verzicht auf eine gesetzlich angezeigte oder zumindest mögliche Begutachtung. Dies wäre z. B. ein ernsthaftes Problem, wenn im Rahmen strategischer Allianzen zwischen Kassen und medizinischen Versorgungseinrichtungen die Beauftragungspraxis selbst zu einem Wettbewerbsinstrument gegen andere Kassen und Versorgungseinrichtungen würde, der MDK also Wettbewerbsinstrument einzelner Kassen würde. Ein besonderes Problem wäre in diesem Zusammenhang ein Auftragsgebaren, das sich nicht an Rationalitäten, etwa der nach § 275 SGB V geforderten „Auffälligkeit“ als Auftragsanlass orientiert, sondern schlicht auf Mengenausweitung aus ist, um den Leistungserbringern ganz allgemein oder auch selektiv das Gefühl des ständigen „Bedrohtseins“ zu vermitteln.
4. Der MDK ist in den 15 Jahren seiner Existenz zu einer qualifizierten und kostengünstigen Begutachtungs- und Beratungsinstitution geworden. Er ist für die Kassen offenbar auch

³⁵ Sollte es solche Zielsysteme geben, bedeutet das natürlich noch nicht, dass sie innerhalb einer Kasse auch tatsächlich umgesetzt werden.

nicht verzichtbar, und er ist vor allem nicht zu umgehen.³⁶ Dies wird auch nicht dadurch relativiert, das private Anbieter ein Interesse haben können, den Kassen zum MDK analoge Leistungen anzubieten und auch nicht dann, wenn Kassen für (nach § 275 SGB V) mögliche Beratungsaufgaben, vorzugsweise einen eigenen kasseninternen ärztlichen Beratungssachverständigen aufbauen³⁷.

Eine schwierige Frage ist die nach dem künftigen Interesse der Krankenkassen an Begutachtungen durch den MDK überhaupt, falls der heute noch wirksame Kontrahierungszwang fallen sollte. Die Positionsverschiebung zwischen einer Mitgliederinteressen verpflichteten gesetzlichen Krankenkasse und einer unternehmerischen Zielen folgenden Versicherung würde dann vermutlich so eklatant, dass die dann notwendige rechtliche Vorsorge für die Versicherten nicht allein die Institution des MDK betreffen müsste.

Die von einigen Kassen nachdrücklich gewollte (wenngleich rechtlich noch nicht durchgreifend mögliche) Transformation der Gesetzlichen Krankenversicherung hin zur medizinischen Indikations- und Leistungssteuerung durch das Versicherungsunternehmen, bzw. dann durch die Managed Care Organisation selbst, würde im übrigen zu umfangreichen neuen und weiteren ärztlichen Begutachtungsaufgaben führen. Das folgt allein schon aus der Tatsache, dass die Begutachtung in Gestalt des systematischen Utilization Reviewing zu einem der Kernmechanismen des Managed Care gehört. Die Begutachtung diene dann aber auch direkt den unternehmens- bzw. den versicherungsökonomischen Zielen dieses Versicherungstyps. Eine solche Entwicklung würde das Interesse an einer unabhängigen Begutachtung im bisherigen Selbstverständnis der solidarischen Versicherungsordnung weitgehend verändern. Der unabhängige Gutachter stünde fortan im denkbar größten Konflikt zu einer den unternehmerischen Zielen verpflichteten Krankenversicherung. Sollten solche Managed Care Organisation, also die unternehmerische Einheit oder auch nur vertragliche Allianz von Versicherung und Leistungserbringung maßgebliche Realität werden, würde die Neuregelung der Begutachtungsaufgaben das Kernproblem für den neu zu setzenden Ordnungsrahmen sein. Der MDK wäre als Instrument des Managed Care unmittelbar in die Organisation einzubinden oder konsequent und gezielt gegen die Verzerrungen, die aus den unternehmerischen und Marktinteressen der Akteure mit ihrer Wirkung auf die Patienten, zu positionieren.

2.2.2 Die Beratung

Der Gesetzgeber formuliert im § 275 (4) SGB V Beratungsaufgaben, die beim MDK durch die Kassen eingefordert werden sollen, aber nicht müssen. Danach sollen die Krankenkassen und ihre Verbände

„im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen,

- *„insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten,*
- *für Fragen der Qualitätssicherung,*
- *für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und*

³⁶ In einem Schreiben vom 17. Juli 2001 stellt das Bundesversicherungsamt ausdrücklich klar, dass das Gesetz den Kassen keinerlei Ermächtigung gibt, externe Beratungsärzte für Zwecke der Begutachtung einzuschalten. (zitiert nach Mitteilungen von RA. J. Meister, DKG).

³⁷ Vergleiche Knieps (s. o.), der für die Bundesregierung klar macht, dass es sich hierbei um eine politisch unterstützte Strategie, nicht um einen Betriebsunfall handelt.

- *für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse“.*

Die sorgfältigen Unterscheidungen im gesamten § 275 SGB V zwischen „müssen“, „sollen“ und „können“ sind hier zu beachten. Beratungsleistungen sind danach „Sollleistungen“.

Der Geschäftsbericht des MDS zu den Gesamtleistungen der MDK weist für 2002 8.000 solcher Beratungen aus. Es kann davon auszugehen sein, dass diese Angabe die tatsächliche Anzahl deutlich unterschätzt. Es sollten hier jedoch zumindest die besonders aufwändigen und komplexen Beratungsleistungen erfasst sein, die häufig auch von mehreren MDK gemeinsam erarbeitet wurden. Zu diesem Zweck haben die MDK gemeinsame „Kompetenz-Centren“ und „Sozialmedizinische Expertengruppen“ gegründet.

Während die „Kompetenz-Centren“ vor allem zur medizinischen Systemberatung und zur Bereitstellung von speziellem medizinischem Fachwissen in Versorgungsstrukturfragen geschaffen wurden, sollen die Expertengruppen die Erarbeitung von Grundlagen für die Begutachtung und die gutachterliche Einheitlichkeit sichern. Derzeit gibt es vier sog. „Kompetenz-Centren“ zu den Arbeitsschwerpunkten Geriatrie, Onkologie, Psychiatrie/Psychotherapie und Qualitätssicherung.

Die sieben Sozialmedizinischen Expertengruppen sind von der MDK-Gemeinschaft für folgende Sachbereiche geschaffen worden

1. Leistungsbeurteilung/Teilhabe
2. Pflegeversicherung
3. Versorgungsstrukturen
4. Vergütung und Abrechnung
5. Hilfsmittel und Medizinprodukte
6. Arzneimittelversorgung
7. Methoden-/Produktbewertung

Über den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen wirken die MDK vor allem durch die „Kompetenz-Centren“ mittelbar auch an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit. Sofern unterschiedliche Wettbewerbsinteressen einzelner Kassen auf der Ebene ihrer Verbände zu Konflikten führen, wird die beratende Inanspruchnahme von MDK-Kapazitäten für die Spitzenverbände nicht notwendiger Weise konfliktfrei hingenommen. In solchen Fällen gehen einige regionale Einzelkassen offenbar davon aus, dass über solche de facto von den regionalen Kassen finanzierte Beratungsleistungen die Kompetenz der Spitzenverbände auch gegen die Einzelinteressen der Kassen gestärkt werden würde. Entsprechende Beratungsleistungen des MDK, bzw. Mitwirkungen werden also von Fall zu Fall durchaus kritisch begleitet.

An den Beratungsleistungen wird exemplarisch deutlich, dass die fachliche Expertisefähigkeit des MDK spürbar wächst und zwar besonders dann, wenn den MDK die überregionale Bündelung ihrer fachlichen Kompetenzen gelingt. Es wird aber ebenso deutlich, dass im Wettbewerb der Kassen (auch innerhalb eines Verbandes) sowie zwischen den Verbänden, die regionalen MDK u. U. immer wieder vor die Entscheidung gestellt sein können, sich vorrangig den Interessen der regionalen „Einzelkunden“ oder den Gesamtinteressen der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Mitglieder zu verpflichten. Das aus der wachsenden überregionalen Expertisefähigkeit der MDK-Gemeinschaft insgesamt folgende Gewicht stärkt also die MDK gegenüber ihren regionalen Auftraggebern, führt aber auch zu Konfliktflächen.

Diese überregionale Handlungsfähigkeit könnte allerdings auch wieder in Frage gestellt werden, wenn sich Tendenzen durchsetzen sollten, die MDK unter- und gegeneinander in den Wettbewerb um Kundenaufträge zu drängen.

3 Der MDK in der Gesetzlichen Krankenversicherung

3.1 Der MDK: Institution des Korporatismus oder des Wettbewerbs?

Der MDK ist kein Akteur in der gesundheitspolitischen Arena. Er tritt also auch nicht mit eigenen Absichten und Programmen auf, muss jedoch auf die gesundheitspolitische Diskussion reagieren, in dem er sie antizipiert und versucht, sich zumindest mittelfristig auf Entwicklungen einzustellen. Eine Schwierigkeit, der er hierbei begegnet, ist die quasi dem Föderalismus folgende Struktur der Medizinischen Dienste. Der MDK in dem jeweiligen Bundesland unterliegt der Aufsicht der Landesregierung und hat mit seinen Verwaltungsräten Organe, die auch regionale und kommunale Interessen vertreten.

Die föderale Gliederung der MDK wird allerdings, u. a. wegen der sich verändernden internen Organisation etlicher Kassen, künftig zwingend zu relativieren sein. Bei solchen internen Veränderungen der Kassen handelt es sich vor allem um die Zentralisierung bestimmter heute oder ehemals regional zugeordneter Leistungssektoren an nur noch einem Standort. Wenn sich also eine bundesweit aktive Kasse entschließt, z. B. das Ressort „Hilfsmittel“ nur noch an einem Standort vorzuhalten, entsteht ggf. ein erhebliches (Effizienz-)Problem, wenn diese „Zentrale“ weiterhin mit allen regionalen MDK zusammenarbeiten soll. Neuorganisationen in der Arbeitsweise einzelner Kassen des VdAK und der BKK erzwingen so auch Veränderungen in der Arbeitsweise der MDK, die ggf. auch im Konflikt zu den rechtlichen Gegebenheiten (hier der föderalen Struktur) stehen können. Vor diesem Hintergrund ist der Druck zur Schaffung von zur Umlagefinanzierung alternativen Honorierungsformen nicht nur Ausdruck von „Marktideologien“.

Wenngleich ohne rechtliche Bindungskraft, übernimmt ein Grundsatzausschuss für die MDK-Gemeinschaft die Aufgabe des Austausches und der Positionsfindung zu allen gemeinsam interessierenden strategischen Sachfragen. Mitglieder dieses Grundsatzausschusses sind sechs Geschäftsführer der regionalen MDK, die von den 16 MDK-Geschäftsführern gewählt werden. Der Geschäftsführer des MDS ist „geborenes Mitglied“. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen nimmt an diesen Beratungen als Diskutant teil. Soweit dies von außen zu beurteilen ist, werden solche gemeinsamen Positionsfindungen vor dem Hintergrund regionaler Interessen und des zunehmenden Einflusses der Wettbewerbsinteressen der gesetzlichen Kassen auf die Selbstverwaltung des MDK allerdings immer schwieriger.

Wenngleich es zwischen dem Referentenentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz und seiner dann vom Parlament verabschiedeten Fassung erhebliche Unterschiede gegeben hat, verdeutlichen die Beratungen im Grundsatzausschuss der MDK-Gemeinschaft, wie hier auf gesundheitspolitische Entwicklungen reagiert wird. Grundlage dieser Diskussion war ein Thesenpapier³⁸, das in 20 Thesen eine gemeinschaftliche Position der MDK-Gemeinschaft zum Gesetzentwurf anregen wollte. Die wichtigsten Aspekte der durch dieses Papier angestoßenen Diskussion der Geschäftsführer der MDK werden nachfolgend kursorisch und dem Inhalt nach zitiert:

³⁸ Thesenpapier der MDK-Gemeinschaft zum Entwurf des GMG, 2003, unveröffentlicht

1. *Die Reform der Krankenversicherung wird sich auch auf den MDK erheblich auswirken. Ziel und Mechanismus dieser Reform sind der verstärkte Wettbewerb unter den Krankenkassen bei gleichzeitiger strategischer Infragestellung der bisherigen Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit der Regelungen für die Versicherten der GKV. Diese Entwicklung wird das Verhältnis der Kassen untereinander und zu ihren jeweiligen Verbänden nachhaltig beeinflussen.*
2. *Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass auch das Interesse der Kassen an einem gemeinsamen Beratungsdienst relativiert werden könnte, bei gleichzeitigem Interesse des Staates, selbst (direkt und indirekt) als (medizinische) Normen setzender Akteur aufzutreten, also diesen Akt tendenziell aus der Selbstverwaltung herauszulösen.*
3. *Als eine Folge des Wettbewerbs werden sich die Kassen neu und ggf. auch außerhalb ihrer bisherigen Verbandsstrukturen organisieren. Für den MDK ist dabei vor allem bedeutsam, dass der regionale Gliederungsbezug der Kassen schrittweise verloren geht. Da der Träger der MDK die regionalen Verbände der Krankenkassen, bzw. jeweils deren Arbeitsgemeinschaften sind, wird dies in einen wachsenden Konflikt einerseits zwischen den Kassen und den Verbänden, andererseits zwischen den regionalen und den die Bundesländer übergreifenden Interessen der Kassen führen.*
4. *Es ist die Position absehbar, dass der „Wettbewerb zwischen den Krankenkassen“³⁹ auf der Seite der Kassen das Bedürfnis verstärken wird, auch die MDK untereinander unter Wettbewerbs- bzw. Anpassungsdruck, mit dem Ziel zu setzen, kassenspezifisch interessenskonforme Empfehlungen an die Kassen abzugeben. Dem steht allerdings der etablierte Finanzierungsmechanismus⁴⁰ entgegen, da mit der praktizierten Umlagenfinanzierung der Kauf einer Leistung des MDK mit zuvor vereinbarten Beschaffenheiten (Qualität), also eine Interessenbindung des Produkts durch den Käufer über den Preis nicht (so ohne weiteres) möglich ist. In diesem Zusammenhang ist auch nicht auszuschließen, dass Krankenkassen versuchen werden, MDK-Leistungen bei anderen Anbietern einzukaufen, sie intern zu etablieren oder eigene Consulting-Unternehmen zu gründen.*

Hinsichtlich der Folgen werden hieraus, ebenfalls nur cursorisch als Zusammenfassung zitiert, folgende Positionen extrahiert:

1. *Die MDK müssen sich durch neue Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen diesen Entwicklungen anpassen. Das betrifft u.a. die MDK-übergreifende Kompetenzbündelung mit der Etablierung von entsprechenden finanziellen Kompensationen zwischen den MDK. Diese Kompetenzbündelung sollte sich sowohl auf einzelne Krankheiten beziehen als auch auf Versorgungsfragen. Mit der Bündelung des vorhandenen Sachverstandes sieht sich*

³⁹ Diese in der Zwischenzeit politisch reflexartig perpetuierte Formulierung wird hier nicht hinterfragt. Angemerkt sei lediglich, dass der sog. Kassenwettbewerb, zumindest solange wie diese Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind, tatsächlich der politisch gewollte und organisierte Wettbewerb zwischen nach Maßgabe ihrer sozialen und Einkommenssituation unterschiedlichen Versichertengruppen um Beiträge und Leistungen ist. Da wohl allen klar ist, dass der Wettbewerb zwischen den heutigen und von ihren Mitgliedern getragenen Körperschaften des öffentlichen Rechtes und den sich etablierenden Zielen und Mitteln des Wettbewerbs von Versicherungsunternehmen mit der derzeitigen Konstruktion der GKV nicht vereinbar ist, kann nur gefolgert werden, dass der Wettbewerb als ein Hauptmechanismus bei der Auflösung der korporatistischen Strukturen politisch gezielt etabliert worden ist. Ist dieser „Stachel“ einmal gesetzt, bedarf es (in diesem Punkte) kaum noch einer politischen Intervention. Es genügt, den eingeleiteten Prozess hinsichtlich ggf. ungewünschter oder nicht ausreichend öffentlich zu vertretender Folgen zu begleiten und zu kanalisieren.

⁴⁰ Seit dem GMG gibt es hier nun ein Angebot an die Kassen zur Öffnung dieser Finanzierung in Richtung einer (noch) ergänzenden Nutzerfinanzierung (§ 281 SGB V).

der MDK in Konkurrenz zu anderen Institutionen. Instrumente dieser MDK-übergreifenden Bündelung sollen sog. „Kompetenz-Centren“ und „Sozialmedizinische Expertengruppen“ (SEG) sein.

2. *Es wird festgestellt, dass sich die MDK-Gemeinschaft als Dienstleister der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen versteht. Im Besonderen schließt das eine künftige Organisationsweise aus, die sich weiterhin an föderalen Gegebenheiten orientiert. „Bei bundesweiten Krankenkassen bedeutet dies, dass die MDK diesen gegenüber als Gemeinschaft auftreten müssen, die arbeitsteilig dem Kunden eine optimale Auftragserledigung gewährleistet.*
3. *Es wird klar dargestellt, dass die Umlagefinanzierung für die heutigen Aufgaben des MDK gemäß SGB V das adäquate Finanzierungskonzept ist, während die Nutzerfinanzierung sich nur für „reine Wettbewerbsfelder“ eigne.*
4. *Im Besonderen werde sich die Regionalität auf Dauer nicht erhalten lassen, was auch die verstärkte Gemeinschaft von MDK und MDS für die Zukunft sinnvoll erscheinen lasse.*
5. *„Die Alternative zu systemischem Handeln ist ein wettbewerbliches Agieren der Medizinischen Dienste. Ein solcher Wettbewerb wird auf Dauer nicht an den Ländergrenzen halt machen und sich neben einem Qualitätswettbewerb auch auf einen Preiswettbewerb erstrecken. Zum Wettbewerb gehört auch immer eine Auslese und damit der Versuch, Vorteile gegenüber den anderen MDK zu erlangen. Letztlich wird ein solcher Wettbewerbsprozess auch in einen Konzentrationsprozess der Medizinischen Dienste münden. Diese Alternative sollte nicht präferiert werden.“*

Diese oder ähnliche Fassetten der „internen“ Verarbeitung der sich vollziehenden Systemtransformation bezeichnen auch aus der Sicht des MDK den wachsenden Widerspruch zwischen dem bisherigen Wertebestand der GKV und den Bestrebungen der Politik. Sie zeigen aber auch, dass der MDK – ohnehin nicht mit gesundheitspolitischer Beratungskompetenz ausgestattet – hier nicht als Verteidiger eines unabhängigen medizinischen bzw. sozialmedizinischen Sachverständes auftritt, sondern ggf. schnell bereit ist, selbst wie ein Unternehmen und gemäß seiner Unternehmensinteressen zu reagieren. Dies ist auch nachvollziehbar, weil eigenständige Grundsatzpositionen von Exponenten des Dienstes unmittelbar und konsequent bestraft werden könnten. Jobangst ist offenbar Teil der Führungskultur auf allen Ebenen⁴¹.

3.2 Der MDK: Dienstleister der Versicherten oder der Krankenkassen?

Im Grunde hat der Gesetzgeber mit der Namensgebung klargestellt, dass der MDK als Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung zwar nicht von der GKV, sehr wohl aber von den Krankenkassen unabhängig ist. Diese Unabhängigkeit hat in der Umlagenfinanzierung ihre rechtliche Basis, die allerdings durch die neuen Finanzierungsmöglichkeiten (§ 281 SGB V) nach dem GMG tendenziell geschwächt wird. Hier liegt ein tatsächliches strukturelles Problem vor, das am MDK nur exemplarisch deutlich wird:

⁴¹ „Der Medizinische Dienst (MDK) in Schleswig-Holstein hat sich von seinem langjährigen Geschäftsführer Dr. Ingo Heberlein ...getrennt. ... Seit Gründung der Medizinischen Dienste in Deutschland Anfang der 90er Jahre stand Heberlein für einen von den Krankenkassen möglichst unabhängigen MDK. Das hat nun offenbar seinen vorzeitigen Abschied nach zermürbenden Kontroversen ... bewirkt. Heberlein macht keinen Hehl daraus, dass Kassen an MDK-Gutachter immer häufiger gewisse Erwartungen stellen. Das wollte er nicht dulden. Heberlein fürchtet um die Unabhängigkeit des MDK.“ Der gelbe Dienst, 20. April 2002, S. 19. Nr. 9/2002

Träger des MDK ist die Krankenversicherung in Gestalt der Verbände, Auftraggeber sind die Kassen. Hieraus leiten letztere ab, der MDK sei unmittelbarer Dienstleister der Kassen und ihrer Geschäftspolitik. Angesichts der Auseinandersetzungen zwischen den Kassen und ihren Verbänden fokussiert dies nur die Schwierigkeiten des MDK, als Institution der GKV oder als Dienstleister der Einzelkassen in deren Wettbewerb unabhängig aufzutreten. Soweit der bisher etablierte Wettbewerb zwischen den Kassen auch zu Interessen führen sollte, den einheitliche Versicherungsauftrag der GKV in Frage zu stellen, müsste dies dann auch zu einem ambivalenten Verhältnis gegenüber dem MDK führen. Immerhin ist er einerseits nützlicher und nutzbringender sowie sehr kostengünstiger Dienstleister der Kassen, andererseits ist er Sachwalter von Mitglieder- und Versicherteninteressen. Die Klammer eines übergreifend gemeinsamen und als gemeinsam auch akzeptierten Auftrages an alle Akteure der Durchführung des SGB V wird besonders unter Wettbewerbsbedingungen zur „Gretchenfrage“: Ist der MDK künftig Dienstleister der Mitglieder und Versicherten der GKV oder der einzelnen Krankenkassen?

Dieser sich offenbar tendenziell etablierende Konflikt wird hinreichend gut zu beherrschen sein, solange die Beauftragung des MDK strikt im Rahmen der Vorgaben des SGB V erfolgt, er wird unbeherrschbar, wenn Kassen den MDK geschäftspolitisch instrumentalisieren (sollten) und wenn die Kassen die (beitragszahlenden) Versicherten als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts nur noch als Kunden eines Unternehmens akzeptieren wollen⁴².

3.3 Zur Funktion des Kundenbegriffs im Verhältnis zwischen Kassen und MDK

Die „Befreiung“ von der „Last“ des Korporatismus und der hieraus resultierenden Verantwortlichkeit der Akteure der GKV führt direkt in die Welt der Verkäufer-Kunden-Beziehung. Hier herrscht dann auch die Regulierung aller Beziehungen durch Preisen. Preisbildung setzt Produktdefinitionen voraus. Preise steuern dann auch die Nachfrage von Produkten, deren Qualität dann am preisäquivalenten Nutzen gemessen wird. Die dem gesellschaftspolitischen Mainstream folgende Umdeutung jeglicher Beziehung und Interaktion zwischen Menschen und Institutionen zu Beziehungen zwischen „Anbietern“ und „Kunden“ hat auch die GKV erreicht. Aus Versicherten und Patienten werden ebenso Kunden, wie auch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser oder auch Krankenkassen je in ihrem Verhältnis zueinander sich vorzugsweise als Kunden und Verkäufer sehen möchten oder sollen.

Das trifft auch auf den MDK zu: Kunde ist die auftraggebende Kasse. Unbeantwortet ist die Frage, was im Verhältnis zum MDK dann der Versicherte ist. Unklar ist auch, wie sich die Herstellung von Kunden-Produzenten-Beziehungen unter Wettbewerbsbedingungen auf das Verhältnis von MDK, Vertragsärzten und Krankenhäusern auswirken würde. Ebenfalls ist unklar, wie sich dann das Verhältnis der Institution MDK zu seinen angestellten Gutachtern änderte und welche Folgen sich für den bisher gültigen Imperativ der Unabhängigkeit ergeben würden.

⁴² Selbst Mitglied einer gesetzlichen Kasse, wurde der Autor anlässlich seines diesjährigen Geburtstages mit einem telefonischen Glückwunsch „seines“ zuständigen „Kundenberaters“ bedacht. Meine irritierte Frage, warum mir „meine“ Kasse denn nicht als Mitglied, sondern nur als einem ihrer Kunden gratuliert und warum mir „meine“ Kasse nun ausgerechnet anlässlich eines Geburtstages rechtswidrig die Mitgliederrechte stiehlt, mich also zum Kunden degradiert, führte bei dem „Kundenberater“ zu der verblüffenden Feststellung, über die Bedeutung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse im Verhältnis zu einer Kundenrolle in den betrieblichen Fortbildungen noch nichts gehört zu haben und deshalb dazu auch nichts sagen zu können.

Die hier aufbrechenden Fragen signalisieren, dass die Transformation des Gesundheitssystems nur ein Aspekt der Neubestimmung aller menschlichen, sozialen und gesellschaftlichen Interaktionen ist und zwar weit über die Biertrinkerlaune des Kneipenbesuchers hinaus, der an sein Trinkgeld lallend die Erwartung knüpft, der Kunde sei schließlich König. Die Leichtigkeit, mit der gegenwärtig Patienten, Versicherte, Schüler, Studenten, Insassen von Justizvollzugsanstalten, Arbeitssuchende, Sozialhilfeempfänger und Autokäufer zu einem Typus, dem des Kunden⁴³, zusammengefasst werden, ist zwar ein interessantes kulturelles Phänomen, aber ein zweifelhafter und kaum zukunftsfähiger gesellschaftspolitischer Entwurf. Durch die intendierte Fiktion einer egalitären politischen Korrektheit werden alle anderen Eigenschaften von Personen, Sachverhalten und Beziehungen gleichsam abgestreift. Menschen und soziale Interaktionen erscheinen als Störenfriede im betriebswirtschaftlichen Ordnungsdruck einer Neuen Welt. Dies ist ein Vorgang, der weiter reicht als das Rationalisierungsinteresse der mit Powerpoint bewaffneten Heere von Consultant-Agenten und Coaches: Wenn es lediglich um Kunden geht, kann schließlich überall auch das Gleiche vorgetragen werden, weil alles auf Kunden-Käufer-Beziehungen reduziert erscheint. Dieses Phänomen steht für die Auflösung überkommener gesellschaftskonzeptioneller Konsense, wie z. B. dem von einer „sozialen Marktwirtschaft“ und wäre konsequent zu Ende geführt, schrumpften auch die Wähler zu Kunden von Parteien.

Der Kundenbegriff hat eine einfache Funktion: Er reduziert einen Mitgestalter sozialer Wirklichkeit auf Jemanden, der ein Produkt annimmt, weil er die Beschaffenheit des Produktes vor dem Hintergrund seiner Bedürfnisse und seiner individuellen Kaufkraft akzeptiert. Der Kunde wählt gemäß seiner Kaufkraft eine Qualität in der vermittelten Suggestion, er bestimme durch seine Auswahl auch die Qualität (value for money), erzeuge sie also gleichsam und zwar indem er sie wählt und kauft. Diese Wahl und die hierbei leitenden Entscheidungsmächtigkeiten werden so zum bestimmenden Mechanismus der Qualitätssicherung. Kunde, Produktwahl, Preis und Kaufkraft sind symbolhaft und strategisch die verbleibenden Fundamente eines Gesellschaftsverständnisses, in dem Geld und nicht soziale Ziele die gesellschaftliche Wirklichkeit formen.

Auch von Mitarbeitern der Krankenkassen oder des MDK wird heute als Wissens- und Handlungsstandard erwartet, dass der Kunde nach der DIN EN ISO 8402 der Empfänger eines vom Lieferanten bereit gestellten Produktes ist. Gegründet allein auf einen Vertrag, eine Absprache, eine Zielvereinbarung ist der Empfänger der Auftraggeber und ist der Verkäufer der Anbieter eines Produktes. Mit einer ergänzenden Deutung, nach der Kundenbeziehungen nicht allein extern, sondern auch intern in Institutionen und Produktionsstätten etabliert sein können, wird – grundlegend für umfassende Mechanismen der externen und internen Qualitätssicherung – die Funktionalität des Kundenbegriffs durch die DIN EN ISO 8402 hierdurch entscheidend erweitert.

Im Verhältnis von Krankenkassen und MDK entsteht die Frage, ob es sich hier um interne oder externe Verkäufer-Kunden-Beziehungen handelt. Sie ist derzeit nicht abschließend zu beantworten, weil beide Optionen hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile innerhalb der MDK-Gemeinschaft (offenbar aber auch innerhalb der „Gemeinschaft“ der Krankenkassen) unterschiedlich beurteilt werden. Der Gesetzgeber hat sich hier mit dem § 281 SGB V tendenziell marktkonsequent gezeigt und an einzelne Auftraggeberinteressen gebundene Gutachten

⁴³ Dies bleibt natürlich ein Typus, selbst wenn das Marketing ihn dann wieder zu einzelnen Zielgruppen differenziert. Der Kunde ist immer eine Konstruktion außerhalb eines öffentlich-rechtlichen Ordnungsrahmens.

grundsätzlich ermöglicht. Er hat damit aber auch den Einzelinteressen im Wettbewerb entsprochen. Welche Rolle dieser Wettbewerb bei der Etablierung interner Verkäufer-Kundenbeziehungen im Verhältnis der MDK untereinander und im Verhältnis von MDK und einzelnen Kassen künftig spielen werden, ist derzeit jedoch kaum absehbar. Solange die Finanzierung maßgeblich durch eine Umlage erfolgt und Träger des MDK die Kassenverbände, nicht die Kassen bleiben, könnte die Unabhängigkeit des MDK im Wettbewerb zumindest hinreichend zu sichern sein.

Eine besondere Funktion spielt im Übergang von der Ideenwelt der sozialen Marktwirtschaft und den von daher letztlich auch bestimmten Funktionen der Institutionen und Akteure der GKV (und so eben auch für den Medizinischen Dienst) die Sicht, die Leistungsbeziehungen zwischen den MDK-Gutachtern und den Auftraggebern seien interne Empfänger-Kunden-Beziehungen. Ein solches normatives Kundenverständnis kann durchaus massiv konfliktträchtig sein. Hier entstehende Konflikte würden unmittelbar aus der (ohne tendenziell widersprüchlichen) Norm des § 275 SGB V, nach der Gutachter lediglich ihrem Gewissen verpflichtet seien, entspringen. Das Problem ist nicht dadurch gelöst, dass Gutachter gemäß der Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung sich grundsätzlich unabhängig zu verhalten haben). Dieser Konflikt ist, was die Machtausstattung der Akteure in solchen potenziellen Auseinandersetzungen betrifft, mindestens seit dem Übergang der Gutachter in abhängige Beschäftigungsverhältnisse ein Konflikt zwischen ungleichen Partnern. Wenn der Gutachter unabhängig sein soll, der Auftragnehmer aber die Institution MDK sowie die Kassen dann Kunden des MDK und nicht des Gutachters sein sollen, wem gegenüber muss dann ggf. der Gutachter seine Unabhängigkeit anmahnen oder verteidigen? Gegenüber seinem Arbeitgeber oder gegenüber dem Kunden des MDK?

Hieran wird das Dilemma der „Institution“ Gutachter noch einmal in aller Schärfe deutlich: Im Einzelfallgutachten ist das Ergebnis an die Person des Gutachters, des Produzenten gekoppelt. Dieser ist nie nur Fachfrau/Fachmann, sondern immer auch selbst Individuum. Gutachtererstellung unter den neuen Bedingungen, also das Gutachten als das Produkt einer Institution, muss das Verhältnis von Gutachter und Institution intern verbindlich und Handlungssicherheit begründend, klären. Wenn der MDK Auftragnehmer der Kassen ist, können die Gutachter ihr Produkt nur gegenüber dem MDK vertreten. Der MDK muss es gegenüber dem Kunden rechtfertigen. Die hieraus folgenden Probleme für die Unabhängigkeit des Gutachters, sind vermutlich nur mittels spezieller juristischer Expertise zu klären.

Die Problemlage wird komplexer, wenn es um die Organisation des Zusammenwirkens von internem arbeitsteiligem Sachverstand im MDK oder auch in der bundesweiten MDK-Gemeinschaft geht. Wenn also mehrere Gutachter gemeinsam ein Gutachten erzeugen, ist die Frage zu klären, wer und ggf. mit welcher rechtlichen Folgewirkung in Sozialgerichtsprozessen, dieses Gutachten verantwortlich vertritt, also gleichsam für das „Produkt“ haftet. Neben dem Trivialfall persönlicher Eitelkeit entstehen hier dann grundsätzliche Fragen, wenn neue Begutachtungsformen zu Ergebnissen führen, die unter keinen Umständen mehr sachlich korrekt einer „Gutachterperson“ zugeordnet werden können⁴⁴. Tendenziell ersetzt dann die Insti-

⁴⁴ Ein Beispiel sind hierfür die künftig möglich werdenden Begutachtungen von Krankenhäusern, die als „Häuser“ über echte Zufallsstichproben abgebildet und auf der Basis von instrumentellen Produkten, z. B. dem sog. German Appropriateness Evaluation Protocol beschrieben werden. Diese Gutachten hängen also vom „Stichprobenzieher“, den „Materialsammlern“, den „Statistikern“ und den „Ergebnisdarstellern“ ab, ohne dass das Gutachten einem Gutachter in Person zugerechnet werden kann. Der Produzent ist der MDK, ein „Gutachter“, den es im Recht so jedoch nicht gibt!

tution den Gutachter als Rechtsperson mit der unausweichlichen Folge, dass die Institution auch die Leistungsnorm und die inhaltlichen Ansprüche an den internen Lieferanten setzt, bzw. erfüllen muss. Ob in internen oder in externen Beziehungen, die Neudeutung des Gutachters als Produzent und die des Nutzers als Kunden, führt zwangsläufig auch zur Neudeutung des ehemals sein „Produkt“ selbst verantwortenden Gutachters als eines Lieferanten. Qualitätssicherung ist unter solchen Umständen nicht mehr auf das fachlich beste Produkt, z. B. im Sinne eines ‚evidence based expert reviewing‘ orientiert, sondern muss im fundamentalen Interesse der Institution und aller seiner Mitarbeiter auf die Erfüllung von Kundenbedürfnissen gerichtet sein. An die Stelle des einzelnen verantwortlichen und unabhängigen Gutachters tritt ggf. die Corporate Identity.

Mit der Implementation von Mechanismen der Qualitätssicherung werden auch die Mechanismen etabliert, die eine erfolgreiche Kundenorientierung und damit ein erfolgreiches Überleben am Anbietermarkt ermöglichen. Auch hier vollziehen sich widersprüchliche, zumindest nicht einheitliche Entwicklungen innerhalb der „MDK-Gemeinschaft“. Das betrifft offenbar auch die Frage nach dem Verhältnis von internem und externem Qualitätsmanagement. Eine von der Institution MDK gegenüber den Auftraggebern vertretene „Produktion“ von Gutachten ist heute im Wesentlichen unstrittig. Der individuelle Gutachter tritt als „Produzent“ deutlich hinter der Institution MDK zurücktritt. Das externe (je nach Sicht eventuell auch interne) Qualitätsmanagement des Begutachtungs- und Beratungsdienstes durch die Krankenkassen ist hingegen sehr wohl problembehaftet. Immerhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Auftraggeber aus ihrem „benchmarking“ heraus, auf interne Entscheidungen des MDK bei der Erteilung von Begutachtungsaufträgen an Ärzte und Pflegefachkräfte Einfluss zu nehmen versuchen.

Das hier – soweit hypothetische – Problem lässt sich nicht allein am Kundenbegriff festmachen. Im Kern stellt sich die Frage, wer jeweils Sachwalter für welche, bzw. wessen Interessen ist⁴⁵.

Kurz gefasst sei die folgende Positionsbeschreibung eingefügt:

Der MDK als Begutachtungsdienst der Krankenversicherung ist – auch in kritischer Reflexion der Selbstsichten von nicht wenigen Gutachtern – den Zielen und den Interessen der Träger dieser Krankenversicherung, nicht den Krankenkassen, verpflichtet. Die hier vertretene Auffassung bestreitet, dass der Gutachter

- abstrakt der Medizin,
- einem irgendwie habituellen Gutachtergewissen,
- den Existenz- und Selbstdarstellungsbedürfnissen des MDK und seiner Repräsentanten oder
- den geschäftspolitischen Interessen der Krankenkassen

verpflichtet ist.

Wie jede andere medizinische Leistung auch, ist das Gutachten dem einzig maßgebenden „Kunden“, nämlich dem Mitglied der GKV und seinen Mitversicherten sowie dem Ordnungsrahmen des Sozialrechts verpflichtet. Eine solche Verpflichtung birgt Konfliktstoff genug. Sie

⁴⁵ Die Antwort hierauf müsste auf die Transformationsdebatte zur Krankenversicherung zugreifen und übersteigt das Ziel dieser Stellungnahme.

bedeutet aber, dass sich der Gutachter allein vor der kodifizierten Normensetzung des Strafrechts, des Zivilrechts, des Sozialrechts sowie des Berufsrechts rechtfertigen muss und unbedroht durch andere Interessenlagen bleibt. Es ist die Aufgabe des MDK als Institution, dies nach außen und innen klarzustellen sowie hierfür institutionelle Voraussetzungen vorzuhalten. Die geltende Konstruktion, nach der die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts durch Gesetzgebung und Wahlen, dem Recht und den Mitgliedern rechenschaftspflichtige Institutionen sind und die Solidargemeinschaft vertreten, ist auf der Basis der tatsächlichen Arbeitsbeziehungen der Akteure mindestens in der motivationellen Bindungskraft gefährdet. Diese Gefährdung ist eine unmittelbare Konsequenz des Übergangs in das „managed competition“, das mit „solidarischer Wettbewerb“⁴⁶ eher verschleiert als übersetzt wird.

3.4 Begutachtung zwischen Effektivitäts- und Effizienzsteuerung

Effektivität und Effizienz sind in der politischen Auseinandersetzung um die Zukunft der Krankenversicherung und nur überboten von „Lebensverlängerung“, „Lohnnebenkosten“ und „Innovationsdruck“ die argumentationsmächtigen Schlüsselbegriffe der Systemtransformation schlechthin.

Analysen und Gutachten im Kontext der Effektivitäts- und Effizienzsteuerung in der Gesundheitsversorgung sind keine neue „Idee“, sondern Selbstverständnis der forschenden wie der praktischen bzw. angewandten Sozialmedizin. Dies wird auch nicht durch arbeitsteilige Abgrenzungen z. B. gegenüber der Gesundheitsökonomie, etwa in der Arbeitsteilung von Effektivitätsstudien (Sozialmedizin) und Effizienzstudien (Gesundheitsökonomie) oder durch die Attestierung von Schnittflächen in den Arbeitsschwerpunkte zwischen Sozialmedizin und Public Health relativiert.

Wenngleich in den Tagesreden zwischen Effektivität und Effizienz oft nicht oder nicht sachgerecht unterschieden wird, bleibt die Frage, wie hier der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Aufgaben wahrnehmen kann. Zumindest ist diese Frage zunächst positiv zu beantworten, weil Effektivitäts- und Effizienzanalytik explizit Teil des historisch gewachsenen disziplinären Selbstverständnisses der Sozialmedizin⁴⁷ ist. Dieses Verständnis wird zudem konfliktfrei als eine der notwendigen fachlichen Grundlagen des Gutachters akzeptiert. Im § 275 (4) SGB V ist dem in logischer Verbindung mit § 12 SGB V entsprochen, und es ist dem MDK als Aufgabe zugewiesen, dass die Kassen ihn bei der Klärung entsprechender Fragestellungen beauftragen „sollen“ (was natürlich dennoch weniger ist als „müssen“).

Die sich hier ergebende Frage lautet, wie, bzw. mit welchen Methoden Effektivitäts- und Effizienzsteuerungen erreicht werden können. Sollen diese Steuerungen also mittels Einzelfallgutachten (z. B. zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit eines Kassenmitglieds und zur Notwendigkeit häuslichen Krankenpflege eines Mitglieds der Krankenversicherung der Rentner) oder durch die Mitwirkung bei der systematischen Analyse von Versorgungsstrukturen und –pro-

⁴⁶ Vergleiche z. B. Reformen für die Zukunft - Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ am 11. April 2002 in Berlin, <http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/BERATUNGSZENTRUM/aspol/GESUNDHEITSPOLITIKAPRIL2002.DOC>; 17. 05. 2005

⁴⁷ Alle das Fachgebiet bestimmenden definitorischen Stellungnahmen, seien es die der DGSM oder die in eingeführten Lehrbüchern, sind hier bei ansonsten durchaus unterschiedlichen Sichten und Akzentsetzungen völlig gleich lautend.

zessen, ggf. einschließlich der diese dann begründenden Verträge der Kassen mit den Leistungsanbietern aus sozialmedizinischer Sicht erfolgen?

Die Frage zu stellen, belegt schon die Schwierigkeiten, ein solches Handlungsfeld für den MDK systematisch zu etablieren, weil es zwar konform mit dem Korporatismus etabliert werden kann, aber diametral zu den Regeln des Wettbewerbs steht. Zudem kann nur durch die Analyse von Leistungsprozessen, -strukturen und -ergebnissen Effektivitäts- und Effizienzsteuerung systematisch wirksam werden. Hierzu bedürfte es allerdings eines Kassenarten übergreifenden Interesses an solchen Analysen und Steuerungen.

Eine solche Zukunft hinsichtlich der Aufgaben des MDK erscheint derzeit ausgeschlossen, weil dies bedeuten würde, auch die Kassen hinsichtlich der (medizinischen) Effektivitäts- und Effizienzfolgen ihrer Vertragspolitik zu evaluieren. Da nicht auszuschließen ist, dass diese Evaluationen auch zu kritischen Urteilen über die versorgungsstrukturellen Konsequenzen einzelner Vertragspolitiken führen könnten, wird eine Mitwirkung des MDK hier wohl auszuschließen sein.

In diesem Zusammenhang ist eine andere Entwicklung nicht zu übersehen. Das ist die Entstehung strategischer Allianzen zwischen Leistungsanbietern und gesetzlichen Kassen. In dieser Perspektive des Managed Care, also nicht nur der Übernahme einzelner Steuerungstechniken, sondern des Prinzips der Integration von Wertschöpfungsebenen und -interessen schlechthin, könnte – auch im Vorgriff auf diese Zukunft – der MDK aus der Sicht der Kassen zu einem unmittelbaren Wettbewerbsinstrument für einen Versicherungstyp werden, der heute noch trotz rechtlicher Eindeutigkeit an der Grenze zwischen einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und „richtigem“ Wirtschaftsunternehmen agiert. Das würde allerdings die Auflösung eines gemeinsamen und die Kassenarten übergreifenden Auftrags erfordern.

Missbrauch von Kundeninteressen, nicht Interessenvertretung von Mitgliedern, würde so möglicherweise zu einer neuen Dimension. Nicht die Kassen vertreten ihre Mitglieder, sondern dann z. B. *Transparency international*. Der nachfolgende Auszug aus einer Stellungnahme von Transparency international gibt realistische Hinweise auf schwelende und durch die Aufsichten offensichtlich nicht mehr zu beherrschende Probleme, aber auch darauf, wie sehr die Selbstevaluation der GKV durch die Mitglieder versagt. Die Stellungnahme belegt auch, wie konsequent der Begriff „Mitglied einer Krankenkasse“ von den Kassen ausgehöhlt wird und zeigt, warum es kaum realistisch ist, zu vermuten, der MDK könne bei derzeitiger Rechtslage ein neutraler Agent im Wettbewerb bleiben:

„Missbrauchsmöglichkeiten

Die Verwaltungskosten einschließlich der Stellenpläne und Gehaltsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der Kontrolle durch Gebietskörperschaften und Bundesländer. Diese Kontrolle ist aber nicht immer ausreichend und genau genug. Die Haushalte werden zwar in öffentlicher Sitzung vom Verwaltungsrat verabschiedet, so dass theoretisch die Möglichkeit für kritische Fragen gegeben ist. Da die Versicherten (gemeint sind natürlich die Mitglieder, e. A.) diese Sitzung aber nicht besuchen und niemand von den Betroffenen später in den Haushalt Einsicht nehmen und Mängel beanstanden kann, sind sie faktisch nicht öffentlich.

Auf der lokalen und regionalen Ebene entsteht zwischen Kassenvorstand, Arbeitgebervertretern und Ärzteschaft, insbesondere den Chefärzten des jeweiligen örtlichen Krankenhauses leicht ein Interessengleichklang, weil sie an medizinischem Sachverstand und wirtschaftlicher Macht den Beitragszahlern erheblich überlegen sind. In der Vergangenheit

haben sie, sicher oft auch wohlmeinend, mit dem Geld der Versicherten häufig eine zu kurzichtige, unbedachte Politik betrieben. Ergebnis: teure Verwaltung, zu üppige und damit unwirtschaftliche Geräteausstattung, unzureichende Kontrollen bei den ärztlichen Abrechnungen.

Die Kontrolle der Kassen durch das zuständige Landesministerium geschieht oft nur halbherzig, denn bisher hat die Versicherten- und Arbeitgebergemeinschaft das Gesundheitssystem ja immer finanziert. Da es sich bei allen Beteiligten um Wähler handelt, denen man nicht zu nahe treten möchte (jedenfalls war dies in der Vergangenheit so), werden die Kassen von den politisch Verantwortlichen in den Aufsichtsbehörden und/oder Vorständen gerne instrumentalisiert, um Erwartungen der Wähler (Finanzierung modischer oder nicht bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmen) zu erfüllen.

Das Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegekasse wurde bei der Finanzierung von Hilfsmitteln häufig missbräuchlich mit Billigung der Aufsichtsbehörde zulasten der Pflegekasse geregelt. Regelmäßige Prüfungen zur Verhinderung dieses Missbrauchs sind angeraten.

Die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen umwerben den Leistungserbringer und versuchen, ihn als Meinungsbildner für sich zu gewinnen. Deshalb dulden sie mitunter Missstände, die sie abstellen müssten. Dazu gehören beispielsweise kostenlose Lieferungen von Arzneimitteln an Krankenhäuser, um so einen Wettbewerbsvorteil für teure Nachfolgeverordnungen zu sichern. Alle großen Skandale der jüngsten Zeit - die Beschaffung überteuerter Herzklappen, der betrügerische Handel mit Blutkonserven, das Aufblühen von fragwürdigen Großlabors, der Globudent-Skandal - zeigen auch ein Versagen des Kassensystems.

Offenen Missbrauch betrieben die Kassen lange Zeit beim gesetzlich geregelten Risikostrukturausgleich, indem sie die Versichertenlisten nicht so bereinigten, wie dies sachlich geboten war. Ihr Ziel: mehr Geld aus dem Ausgleichsfonds zu erhalten, als ihnen tatsächlich zustand. Durch die Verknüpfung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit Disease-Management-Programmen (DMP), die für bestimmte chronische Erkrankungen modellhafte Versorgungsketten in die Regelversorgung integrieren, hat sich dies geändert. Seither haben die Krankenkassen ein hohes Interesse, dass sich möglichst viele Versicherte in diese Programme einschreiben. Die Zahlungen aus dem RSA sind im Regelfall höher als die Aufwendungen der Kassen für den einzelnen Chroniker. Verschiedene Krankenkassenaktivitäten (z. B. Kopfprämien) deuten darauf hin, dass eine Chronifizierung von Patienten geradezu erwünscht ist: Patienten werden zu chronisch Kranken erklärt, damit Zahlungen aus dem RSA möglich werden.

Um Fusionen und organisatorische Veränderungen bei den Krankenkassen vorzubereiten und professionell durchzuführen, wurden vielfach externe Unternehmensberater verpflichtet. Diese wurden nicht selten aus dem Kreis der Krankenkassenlobby ausgewählt. Die Gesamtaufwendungen für diese Beratungen sind nicht bekannt, dürften sich aber in den letzten acht Jahren insgesamt auf einen dreistelligen Millionenbetrag belaufen. Transparenz über diese Aufträge sollte - auch rückwirkend - hergestellt werden. Vier Arten von Missbrauch waren festzustellen und sind künftig auszuschließen. Dazu ist erforderlich, dass

- *alle Aufträge öffentlich ausgeschrieben werden; Interessenkonflikte sollten vermieden und wo sie unausweichlich sind, transparent gemacht werden;*

- Verwaltungen, die sich aus Versichertenbeiträgen finanzieren, auf bezahlte Lobbyistentätigkeit verzichten;
- Berater, die für die Legislative tätig sind, nicht auch die Exekutive beraten dürfen;
- Berater, die mit dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vertraut sind und die nur über laienhafte medizinische Kenntnisse verfügen, nicht mit Beratungsaufgaben betraut werden dürfen.

Da unter den Kassen ein Wettbewerb um die "guten Risiken" herrscht, machen sie sich Konkurrenz auch im Begünstigen mancher Versicherten und werden mitunter sogar durch Patienten und jedenfalls durch Patientengruppen erpressbar, z. B. bei der Bewilligung von Kuren. Besonders bedenkliche Auswüchse des Wettbewerbs sind die Finanzierungen von modischen, hinsichtlich ihres Nutzens nicht belegten Therapien, um entsprechende Versichertengruppen zu binden. Dadurch wird jede Qualitätssicherung in der Therapie unterlaufen und "Hokuspokus-Medizin" in das solidarische Krankenversicherungssystem eingeführt. Hier sind auch die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Die Finanzierung modischer, aber nutzloser Therapien geht unbestreitbar zulasten der Finanzierbarkeit therapeutisch erforderlicher Maßnahmen und gefährdet damit das Solidarsystem.

*Das Bündel an Reformmaßnahmen im Gesundheitsbereich sieht für die Kassen künftig vor, dass sie jedes Jahr in ihrer Mitgliederzeitschrift ihr Budget einschließlich der Gehälter und der Versorgungsregelungen ihrer Vorstandsmitglieder offen legen müssen. Sie sollen auch Korruptionsbeauftragte einsetzen. Ob sich dadurch die Situation verbessert, bleibt abzuwarten.*⁴⁸

4 Der MDK im Spannungsfeld von Krankenversicherung und medizinischen Versorgungsperspektiven

Der MDK ist ein Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung. Seine Zukunft ist folglich vollständig an die Zukunft dieses Typs einer Krankenversicherung gebunden.

Derzeit gibt es offenbar zwei Sichten: Die eine besagt, der MDK sei der Dienst der Krankenkassen, weil eben diese in ihrer Summe die Krankenversicherung seien. Es wird also unterstellt, die Summe aller Kassen sei der geborene Sachwalter der Krankenversicherung.

In einer anderen Sicht ist der MDK ein Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung, bzw. ein vom SGB V etablierter Mechanismus eben zur Durchführung dieses Sozialgesetzbuches. Dann wäre der MDK auch eine der Institutionen zur Durchführung des SGB V und nicht (nur) Dienstleister der Krankenkassen wie immer die Finanzierung und die Beauftragung des MDK geregelt sein mag.

Zwischen beiden Sichten bedarf es einer Entscheidung, wenn das Verhältnis des MDK zu seinen untereinander Wettbewerb treibenden Auftraggebern für die Zukunft klar gestellt werden soll. Unter den Bedingungen des Wettbewerbs der Kassen ist dann letztlich auch das Verhältnis der Kassen zu den Zielen der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu den Mitgliedern (die eben keine Kunden sind) neu zu bestimmen. Es ist nicht einzusehen, warum die politische Hoffnung, der Wettbewerb würde allein um die bestmögliche Verwirklichung der Ziele des SGB V bei niedrigsten Beiträgen geführt, die Realität bestimmen sollte. Wenn die

⁴⁸ Quelle: http://www.transparency.de/IV_Krankenkassen.594.0.html

Krankenkassen eigene spezifische Ziele und Eigenschaften mit vermutetem Vorteil im Wettbewerb ausformen, sich die Kassen also differenzieren wollen und sollen, muss zwangsläufig auch der MDK seine Position im Kassenwettbewerb neu bestimmen. Dabei ginge es zunächst nicht um die Frage, wie er dies tut, sondern um die Frage für wen er wirksam sein soll, für die Kassen oder für die Versicherten?

Wenngleich die Politik die Auffassung zu vertreten scheint, mit der Etablierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen zugleich auch den Rahmen für die Ziele (z. B. Qualitätswettbewerb oder Wettbewerb um niedrigste Verwaltungskosten) und die Methoden des Wettbewerbs (Vertragswettbewerb im Rahmen zugestandener Grenzen) gesetzt zu haben, ist dies in der wahrnehmbaren Praxis nicht notwendig auch der Fall. Hier bestimmen ggf. „klassische“ und sehr irdische Wettbewerbsziele das strategische Handeln, wie z. B.

- Marktbeherrschung mit dem letztendlichen Ziel des Wettbewerbsausschlusses,
- Risikoselektion unter den Versicherten mit dem Ziel, die des Solidarausgleichs besonders bedürftigen Mitglieder und Versicherten zur Wahl anderer Kassen zu veranlassen (mit Wechsel des Anreizsystems – etwa das sog. Disease Management - kann sich das Risiko-selektionsinteresse natürlich auch umkehren, nur es bleibt was es ist, Risikoselektion),
- an den eigenen Wettbewerbszielen und Geschäftsinteressen orientierte Selektion der Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite,
- Integration von Wertschöpfungsebenen durch Ausschluss des Purchaser-provider-splits und durch die Begründung von strategischen Allianzen mit Leistungsanbietern sowie von Daten- und Informationskartellen im Sinne eines Integrated Delivery Systems,
- Risikoverlagerung des Versicherungsgeschäfts auf die Ausführenden von Versicherungsleistungen durch geeignete Strategien des Leistungseinkaufs (damit werden nicht allein die Risiken von den Kassen auf die Leistungserbringer, sondern letztlich auch von den Mitgliedern auf die Patienten verlagert),
- Anpassung der gewährten Leistungen an die Einnahmen durch die Kopplung von Wettbewerb und selektiven Rationierungsmodellen und
- Herstellung von Verkäufer-Kunden-Beziehungen zwischen Versicherung und Versicherten über Versicherungsprodukte.

Dies muss seitens der Kassen das Bestreben einschließen, den MDK zu einem Instrument ihrer Geschäftspolitik zu machen. Das hieße aber auch, eine eigene Verantwortung des MDK gegenüber den Zielen der sozialen Krankenversicherung zu negieren. Soweit hierzu Einsichten vorliegen, ist der MDK-interne Diskussionsprozess zur Klärung der eigenen Stellung gegenüber den Zielen des SGB V bzw. gegenüber den sich herausbildenden Krankenkassenkartellen⁴⁹ in vollem Gange.

⁴⁹ Diese Entwicklung kann natürlich auch als die Herausbildung einer Einheitskasse beschreiben werden. Dies macht allerdings nur Sinn, wenn die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts bleiben. Wenn sie hingegen Wirtschaftsunternehmen werden (wollen oder sollen), dann entsteht nicht die Einheitskasse, sondern ein Kartell gewaltigen Ausmaßes.

5 Ausblick und Optionen

In den letzten 15 Jahren ist mit dem MDK eine leistungsstarke und offenbar auch bei den Leistungserbringern anerkannte Institution⁵⁰ der GKV herangewachsen. Kritiker des MDK bleiben wohl weiterhin Kritiker, nur scheint ihnen die Leichtfertigkeit bei der Abwertung der hier versammelten Kompetenz⁵¹ abhanden gekommen zu sein. Nicht zuletzt hieraus erwächst eine deutliche Ambivalenz in der Wahrnehmung des MDK zwischen den Polen eines Mitgestalters der GKV und eines Hindernisses bei der Durchsetzung der partikularen Interessen der Kassen und der Dienstleister. Diese Ambivalenz folgt aus dem forcierten Systembruch ebenso wie aus der gewachsenen Leistungsstärke des MDK. Allerdings gibt es keinen Grund zu der Vermutung, die gewachsene fachliche Qualität böte auch eine Garantie für eine Stärkung des MDK als von Akteursinteressen unabhängiger, d.h. auch wettbewerbsneutraler Dienst⁵². Wann für die wachsenden Konflikte eine „Lösungsreife“ gekommen sein wird, ist nicht abzuschätzen. Wenn dieser Zeitpunkt gekommen sein wird, wird es um folgenreiche Entscheidungsfragen für den MDK gehen. Zwei solche Fragen lauten:

Wird den Krankenkassen das Recht zur selektiven Kontrahierung von Anbietern und Versicherten politisch zugestanden? Wird es auch künftig den etablierten Purchaser-provider-split geben?

Wie immer sich das System verändert, der MDK wird (vernünftigerweise) keine Normen setzende Instanz werden, ggf. aber eine Normen überwachende Institution werden müssen. Dies verlangt jedoch weit mehr Unabhängigkeit als heute und auch Zukunftssicherheit (nicht als irgendein Anbieter und Verkäufer, sondern als essentieller Akteur im System).

Ein Vergleich der Sichten zur Zukunft des MDK aus der Perspektive von Experten im System der Gesetzlichen Krankenversicherung scheint hier lohnenswert, bedarf aber des Vorbehaltes, dass es sich nicht notwendiger Weise um repräsentative Stellungnahmen handelt. Auch wenn diese nur als Fassade im Diskussionsprozess zu sehen sind (was einschließt, für eine in der Diskussion gemachte Äußerung niemanden und auch nicht die Institutionen in Haftung zu nehmen), sollte ein Vergleich interessant sein.

Anlässlich des hier wiederholt zitierten Symposiums haben sich zu solchen Zukunftsfragen geäußert

- Matthesius für den MDK
- Pick für den MDS
- Pfeiffer für den VdAK
- Jonitz für die Berliner Ärztekammer und
- Knieps für die Bundesregierung.

⁵⁰ Vergleiche z. B. Jonitz, G.: Der MDK: Partner oder unbeliebter Kontrolleur – Die Sicht der Ärzteschaft; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004

⁵¹ Sollten sich zum MDK privatwirtschaftlich agierenden Wettbewerber etablieren (können), scheint mir ein Erfolg über mehr fachliche Qualifikation schwer möglich. Solche Wettbewerber dürften nur Erfolg haben, wenn sie sich besser an die Kundenbedürfnisse anpassen, also Unabhängigkeit Preis geben.

⁵² Das ist zumindest ein interessantes Gedankenspiel: Folgt man dem SGB V, ist die Unabhängigkeit des Gutachters, bzw. des Begutachtungsdienstes einer der Werte der Krankenversicherung. Folglich wäre es allemal gerechtfertigt, die Unabhängigkeit des MDK, zu einem positiven Wettbewerbsziel zu machen. Die Ergebnisse wären dann durch Techniken des Benchmarking zu evaluieren und öffentlich zur Verfügung zu stellen.

Der Vergleich der Äußerungen zur Zukunft des MDK führt zu dem in Tabelle 1 zusammengefassten Ergebnis und zeigt neben Überschneidungen auch erhebliche Unterschiede in den Sichten.

Tabelle 1: Sichten auf die Zukunft des MDK

MDK	MDS	VdAK	Ärzeschaft	Bundesregierung
Sicherung gleicher Leistungszugänge für Mitglieder und Versicherte der GKV Stärkung der Unabhängigkeit des MDK Bereitstellung von sozialmedizinischem <u>und</u> gutachterlichem Sachverständ ⁵³ „Weichenstellerfunktion“ in komplexen Versorgungsprozessen Beratung integrativer Versorgungsprozesse Health Technology Assessment, epidemiologische und biometrische und gesundheitsökonomische Beratung Länderübergreifende Arbeitsweise	Beratung im Einzelfall Beratung zu allgemeinen medizinischen Fragen, zu Vertrags- und Strukturfragen Etablierung und Stärkung bundesweiter MDK-Gremien	Unterstützung der Kassen Stichprobenprüfungen von Krankenhäusern Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen Mitwirkung an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf der Seite der Kassen	Betroffenenbeteiligung an der MDK-Steuerung mit dem Ziel des Schutzes der Unabhängigkeit: Krankenkassen Ärztekammern KVn DKG Patientenvertreter	Dienstleister für Kassen und Politik auf künftig freiem Anbietermarkt Stärkung der sozialmedizinischen <u>und</u> gesundheitswissenschaftlichen Kompetenz Messung von Qualität Prüfung von Evidenz Gesundheitsökonomische Beratung Etablierung von Patientenbeiräten Gesundheitswissenschaftlicher Sachverständ im Interesse gezielter Einsatzes knapper werdender Ressourcen

Wenn Systemänderung, welcher Zielsetzung auch immer, angestrebt wird, ist das ohne eine Destabilisierung des vorhandenen Systems nicht möglich. Eine solche Destabilisierung ist in der Zwischenzeit sehr erfolgreich gelungen. Die Konsentierung und Etablierung von Zielen, Mechanismen und Institutionen eines neuen Systems der Krankenversicherung und -versorgung hat mit dieser Destabilisierung jedoch nicht Schritt gehalten. In der Folge drängen unterschiedlichste Akteure das System unter Preisgabe eines hinreichend gemeinsam getragenen Leitbilds für die Krankenversicherung in unterschiedliche Richtungen: Der gesundheitspolitische Konsens wird kleiner, der gesundheitspolitische Dissens wird größer und zwar zwischen den sozialen Schichten und Gruppen der Bevölkerung, zwischen den Kassen, zwischen und in den politischen Parteien, den Gesundheitsberufen und den Eigentümern von medizinischen Versorgungseinrichtungen als den neuen handlungsmächtigen Akteuren. Die Etablierung des Wettbewerbs im System der Gesundheitssicherung und der Gesundheitsversorgung war also insoweit von durchschlagender Wirkung.

⁵³ Diese begriffliche Trennung ist – unabhängig davon, dass sie sachlich richtig ist – deshalb so interessant, weil sie, zumindest in der Bundesrepublik unüblich ist und zumeist sorgfältig vermieden wird.

Knieps verweist auf das Kerndilemma des MDK im Kontext der sich vollziehenden Transformation der Gesetzlichen Krankenversicherung:

„Der Medizinische Dienst wird sich einer stringenten wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens stellen müssen. Die gilt insbesondere im Hinblick auf einen qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen Kassen und zwischen Leistungserbringern um die beste Versorgung. Hier wird der Medizinische Dienst in Konkurrenz zu den Experten der Krankenkassen und ihrer Verbände, jedoch auch zu privaten Anbietern treten. Eine Nutzerorientierung wird den Patientinnen und Patienten eine besondere Rolle in den individuellen und kollektiven Entscheidungsprozessen verschaffen.“⁵⁴

Eine solche über die derzeitige Rechtswirklichkeit hinausreichende Sicht auf ein weitgehend merkantilisiertes Gesundheitssystem der Zukunft birgt grundsätzlichen gesellschaftspolitischen Konfliktstoff nicht nur zwischen den Parteien, sondern auch in jeder von ihnen.

Damit wird sich der MDK in eine Perspektive einordnen müssen, die in Rechnung zu stellen hat:

1. der Wettbewerb aller Akteure der Gesundheitsversorgung wird zum Schlüsselmechanismus der Systemsteuerung,
2. der Wettbewerb wird um die Relation von Versicherungsleistungen, medizinischer Versorgung und je deren Preise zwischen Versicherungs- und Versorgungsunternehmen geführt werden
3. der MDK wird sich vor die Wahl gestellt sehen
 - a. ein der Solidargemeinschaft verpflichteter fachlich unabhängiger medizinischer/sozialmedizinischer Begutachtungs- und Beratungsdienst oder
 - b. ein an Kasseninteressen gebundener ärztlicher Gutachter- und Beratungsdienst oder
 - c. ein frei auf dem Markt agierendes medizinisches Begutachtungs- und Beratungsunternehmen zu sein.

Dabei wird zu erwägen sein, ob Nutzenserwägungen zu den Leistungen des MDK sich an den Interessen unternehmerisch agierender Krankenkassen oder an denen der Solidargemeinschaft orientieren. Dies wäre natürlich keine freie Entscheidung, sondern wäre gemäß rechtlichen Normen klarzustellen.

Nach gängiger Praxis werden Nutzenskalküle bezüglich des MDK allein als Saldo von kassenspezifischem Finanzierungsanteil für den MDK und dem geldwerten Umfang vermiedener Leistungen vorgenommen. Die Nützlichkeit des MDK ist auf diese Weise fest in die betriebswirtschaftliche Kalkulation von Leistungsmengen und -strukturen der Einzelkassen eingeordnet⁵⁵. Es zeichnet sich so (mit Folgewirkungen auch für den MDK) der Weg von einer mitgliedergetragenen kollektiven Risikoabsicherung hin zu einem an Markt- und Wettbewerbsin-

⁵⁴ Knieps, F. Der MDK als gemeinschaftliche Institution der GKV – Die Sicht der Bundesregierung; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004

⁵⁵ Hierbei ist zu sehen, dass die Begrenzung von Leistungsmengen vorrangig betriebswirtschaftlichen Erwägungen folgt, während die Leistungsstrukturen für inhaltliche, bzw. versichertenbezogenen Präferenzen stehen, also von Marketingstrategien bestimmt werden. Ob also z. B. eine Krankenkasse vor bestimmten zahnärztlichen Leistungen stets oder nur im Einzelfall eine Begutachtung für erforderlich hält, hängt ggf. auch von dem Interesse an der Pflege positiver Beziehungen zu den „Kunden“ der Kassen, bzw. eines bestimmten Teils dieser Kunden ab.

teressen ausgerichteten Versicherungssystem. Die Proklamation, es ginge im Wettbewerb lediglich um Qualität ist naiv oder vorsätzlich unredlich, es geht um niedrigste Kosten, um beste Erträge und günstigste Risiken. Die Nützlichkeit des MDK aus Kassensicht wird sich hieran messen lassen müssen. Die Sicherung der Unabhängigkeit des MDK verlangt aber auch einen zumindest hinreichenden Schutz vor einem solchen Maß.

In diesem Zielsystem werden, worauf Knieps ausdrücklich hinweist, (arbeitsvertraglich oder privatvertraglich) an die Kassen und/oder die Verbände der Krankenkassen gebundene ärztliche Gutachter und Berater eine neue Bedeutung erfahren. Sie werden aus nachvollziehbaren Gründen gegen einen unabhängigen MDK konkurrieren und zwar durch besten Nutzen für ihre Kunden. Es gibt derzeit keinen erkennbaren politischen Willen, durch eine Klarstellung der Stellung des MDK als Institution des SGB V auch einen erweiterten und über den Gewissensappell hinausgehenden Ordnungsrahmen für den MDK unter Wettbewerbsbedingungen zu setzen.

Unabhängig wie man im Falle der Gesundheitsversorgung die Einführung von Methoden des Wettbewerbs insgesamt oder nur im Detail bewerten mag, das aktuelle Problem besteht in der Auflösung⁵⁶ des bisher konsentierten Ziels sozialer Friedenssicherung durch eine soziale Krankenversicherung (analog die Pflegeversicherung). Was derzeit stattfindet, ist nicht der Wettbewerb um eine bestmögliche Umsetzung hinreichend gemeinsam getragener sozialer Ziele, sondern ein Wettbewerb um die Durchsetzung „neuer“ Interessen an der Gesundheitswirtschaft und ihrer Finanzierungsbasis⁵⁷. Diese Interessen sind zwar nicht neu, nur mit schwindendem Konsens brechen die widerstreitenden Ziele neuerlich und dramatisch auf. Es ist unrealistisch zu hoffen, der etablierte Wettbewerb ließe sich wie ein Vogel mit der Leimrute mittelalterlicher Vogelfänger wieder hinter Gitter bringen.

Galten bislang die Kassen als Sachwalter einer sozialen Krankenversicherung und als ein Machtfaktor bei der Sicherung der Systembalance, ändern sich hier die Dinge deutlich: Die Krankenkassen sind, politisch getrieben und auch selbst gewollt, auf dem Weg, nicht länger „payer“ für die sozialen Sicherungsbedürfnisse im Auftrag ihrer Mitglieder zu sein. Sie sind auf dem Weg, als Unternehmen mächtige „player“ in der Gesundheitswirtschaft zu werden⁵⁸. Dies macht einzelne Kassen der GKV bei ansonsten fortbestehenden und auch neuen Interessenskonflikten auf dem Markt der „Gesundheitswirtschaft“ dennoch zu Marktteilnehmern und damit den heranwachsenden Versorgungsunternehmen und -kartellen tendenziell wesensgleich.

Die Krankenkassen versammeln ihre Instrumente, um im Verhältnis zu ihren „Kunden“ und Geschäftspartnern sowie in selektiven und ggf. wechselnden taktischen und strategischen Allianzen erfolgreich am Markt zu bestehen. Das Steuerungsinteresse bezieht sich auf die Kun-

⁵⁶ Diese Auflösung vollzieht sich bei den maßgebenden Akteuren. Unter den Versicherten gilt die GKV offensichtlich weiterhin als ein hoher sozialetischer Wert.

⁵⁷ Siehe exemplarisch hierzu die Studie von Ernst & Young „Gesundheitsversorgung 2020“; www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Studien_-_Gesundheitsversorgung_2020; 20.08.2005

⁵⁸ Ein aktuelles Beispiel liefert hierfür die „Gesundheitsstadt Berlin GmbH“ mit ihrer PR-Zeitschrift „Capital-Health“. Exponenten der AOK, Tourismus-Marketing, Pharmaindustrie, Banken, das Universitätsklinikum Charité, also öffentliche Körperschaften und Kapitalgesellschaften ebnen gemeinsam und einträchtig den Weg für die Maximierung von Umsätzen und Renditen in der Gesundheitswirtschaft. Damit die Gesundheitswirtschaft wachsen kann, werden gemeinsam Konzepte geflochten, die die solidarische Kasse infrage stellen, bzw. in der neuen Zukunftsbranche marginalisieren. Es wird hier im übrigen auch für so ziemliches alles geworben, was der Gemeinsame Bundesausschuss zu Recht als überflüssig und unwirksam, ggf. als schädlich aus dem Leistungskatalog heraushält.

den der Kassen, also auf Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen. Der Weg hin zu marktbeherrschenden und hoch integrierten Versicherungs- und Versorgungskartellen erscheint derzeit deutlich vorgezeichnet und zwischen den entscheidungsmächtigen Akteuren als Ziel offenbar unstrittig.

In einer solchen Zukunft wird sich der MDK behaupten müssen. Er steht deshalb und unabhängig von seinem rechtlichen Ordnungsrahmen bereits heute vor der Frage, in welche Richtung er sich strategisch orientieren will. Es geht hierbei um die „Richtungsentscheidung“, ein Dienstleistungsunternehmen der Versicherungswirtschaft zu werden oder ein Dienstleister für die Bürger jeweils in ihrer Rolle als Versicherte oder als Patienten zu bleiben.

Es ist naheliegend, dass gerade wegen der derzeitigen Transformationsrichtung des Gesundheitssystems ein von den agierenden Unternehmen unabhängiger medizinischer Fachdienst mit Begutachtungs- und Beratungsfunktion (ggf. sogar im Interesse des Wettbewerbsrechts) an Bedeutung gewinnen wird. Die Zukunft des MDK ist also aus Gründen des Systemwandels zwingend zu thematisieren. Die notwendigen Positionsfindungen können weder dem Kasseninteresse noch den geschäftspolitischen Interessen der Vorstände und der Geschäftsführungen des MDK überlassen werden. Es bedarf der Mitsprache der Öffentlichkeit. Das setzt Transparenz auf allen Seiten voraus.

Sofern die GKV oder Teile von ihr im korporatistischen Ordnungsrahmen Bestand haben werden, sind zumindest drei Reformlinien zwingend:

1. die strikte Untersagung der Nutzung des MDK für Wettbewerbsziele der Einzelkassen (etwa durch eine entsprechende Ergänzung des § 275 SGB V und z. B. durch Regelungen zur Auftragserteilung durch die Verbände der Kassen),
2. die rechtlich eindeutige Etablierung und Profilierung des MDK als Interessenverwalter der Mitglieder und der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung und
3. die Ermöglichung und Stärkung einer überregionalen Kooperationsfähigkeit.

Die Frage wird künftig sein, ob sich der MDK als freier Wettbewerber auf freiem Markt bewegen soll bzw. darf, oder ob er als eine Institution unter der Rechtsaufsicht des Staates neu zu etablieren sein wird. Zumindest beweist die Politik mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit oder mit der Übertragung der Zulassung von Programmen des Disease Management im Rahmen des Risikostrukturausgleichs auf das Bundesversicherungsamt, dass sie für die Zeit nach dem Korporatismus Vorsorge betreibt, eine Vorsorgebereitschaft, die sich bislang noch nicht auf die Zukunft des MDK erstreckt.

Vor diesem Hintergrund wird zu einer Schlüsselfrage, ob und ggf. wie Versicherte vor den sich formierenden Wirtschaftsinteressen der großen „player“, also vor den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und vor den Kassen, gegebenenfalls integrierten Konglomeraten von beiden geschützt werden können. Die Machtverteilungen an solchen Märkten und die Fiktion einer „Kundensouveränität“ auf der Seite des Versicherten, generiert reflexartig die Idee „unabhängiger“ Kunden- oder Verbraucherberatungen, ggf. staatlich gefördert und rechtlich geschützt. Beratung, Advocacy und sich selbst organisierende Bürgeraktivitäten (Selbsthilfe, Community Medicine) sind Lösungsversuche des Patienten-Kunden-Dilemmas, aber kaum durchgreifend stark gegen Märkte und die diese ausgestaltenden Wettbewerbsinteressen zu positionieren. Solche „Selbsthilfen“ sind keine Alternative, sondern „Notwehr“ angesichts ungleicher Rechtspositionen.

Es gibt zumindest vier große Leistungsfelder, die aus der Systemtransformation heraus auch für den MDK künftig eine wachsende Bedeutung gewinnen könnten. Diese Felder sind

- die Unterstützung der Mitglieder und Versicherten bei der Gewährleistung einer notwendigen und das Maß des Erforderlichen nicht über schreitenden medizinischen Versorgung im individuellen Bedarfsfall,
- die Diskriminierungsfreiheit von Leistungsgewährungen auch unter den Bedingungen des Wettbewerbs,
- die Unterstützung der Mitglieder und Versicherten bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen und
- die Qualitätskontrolle sowohl der Versicherung wie auch der medizinischen Versorgung und Dienstleistung.

Soweit in diesem Zusammenhang sozialmedizinische Kompetenz unverzichtbar ist, muss sie ebenso unverzichtbar von einem unabhängigen sowie fachlich und ethisch kompetenten Dienstleister für die Bürger verfügbar sein. Auch solche Ziele binden heute den MDK an die Krankenkassen in ihrer Natur als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Wenn die Kassen allerdings den Weg in die Welt der Versicherungsunternehmen gehen, wird für den Schutz dieser Ziele neu Sorge zu tragen sein. Eine rechtliche Neupositionierung des MDK wäre dann nicht zu umgehen.

Literaturverzeichnis

- Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung“, DRV-Schriften, Band 53, Sonderausgabe der DRV 2004
- Gerlinger, Th. (2002) Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P02-204
- Gerlinger, Th. (2002b) Rot-grüne Gesundheitspolitik – eine Zwischenbilanz, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P02-205
- Jonitz, G. (2004) Der MDK: Partner oder unbeliebter Kontrolleur? Die Sicht der Ärzteschaft; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004
- Knieps, F. (2004) Der MDK als gemeinschaftliche Institution der GKV – Die Sicht der Bundesregierung; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004
- Matthesius, R.-G. (2004), Die Entwicklung des MDK – Erfahrungen des MDK Berlin – Brandenburg e.V.; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004
- Niehoff, J.-U./B. Braun (2003), Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health, Stichwort Begutachtung, Nomos
- Niehoff, J.-U. (2005), Sozialmedizin systematisch, 2. Auflage, UNI MED Verlag Hamburg, London, Boston
- Pfeiffer, D. (2004), Der MDK zwischen Dienstleistung und Unabhängigkeit – die Sicht der Kranken- und Pflegekassen; in: „Entwicklung und Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Gemeinsames Symposium von MDK Berlin – Brandenburg e.V. und MDS, Berlin 16.09.2004
- Positionspapier zu Rolle und Funktion des Medizinischen Dienstes im Verhältnis zu seinen Trägern, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen 1999
- Reformen für die Zukunft - Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, Vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, “Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ am 11. April 2002 in Berlin,
<http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/BERATUNGSZENTRUM/aspol/GESUNDHEITSPOLITIKAPRIL2002.DOC>
- Sozialgesetzbuch V, 2004
- Transparency international, http://www.transparency.de/IV_Krankenkassen.594.0.html
- Thesenpapier der MDK-Gemeinschaft zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, 2003, unveröffentlicht